

الدراسة التطورية للقلق
دكتور
أحمد محمد عبد الخالق
أستاذ علم النفس
جامعتا الإسكندرية والكويت
دار المعرفة الجامعية



دكتور
أحمد محمد عبد الخالق
أستاذ علم النفس
جامعتا الإسكندرية والكويت



دار المعرفة الجامعية

تقديم الطبعة الثانية

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتيب عام ١٩٩٤ في حوليات كلية الآداب التي تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت. وها هي ذي الطبعة الثانية تصدر بعد مرور ستة أعوام تقريباً على الطبعة الأولى، وعلى الرغم من أن هذه فترة وجيزة فإن الطبعتين صدرتا في قرنين مختلفين! وكان الأحرى – والحال كذلك – أن تعدل الطبعة الأولى بشكل جذري، ولكن حال دون ذلك ضيق الوقت، وكما يقال: «إن المساحة طويلة والعمر قصير». على أن التعديل الوحيد الذي أدخل على هذه الطبعة هو إدراج نص مقياس جامعة الكويت للقلق في صيغته العربية النهائية، وبيان أهم معالمه السيكومترية، والدعوة موجهة لأي باحث متخصص لاستخدام هذا المقياس دون حاجة إلى الحصول على إذن كتابي من مؤلفه كما تجري العادة في مثل هذه الحالات.

وتجدر الإشارة إلى أن جميع المطبوعات العلمية لجامعة الكويت ومجلاتها الدورية محكّمة، وهو ما ينطبق على هذا الكتيب بطبيعة الحال. كما يتعين أن ننوه أيضاً إلى أن هذه الطبعة مصرح بنشرها من لدن صاحب الحق في الطبعة الأولى (حوليات كلية الآداب بجامعة الكويت)، والشكر الجزيل لرئيس تحريرها على موافقته الكتابية على ذلك.

وأرجو من الله تعالى أن يكون هذا العمل مما ينتفع به، وأن يكون خالصاً لوجهه الكريم: «قل إن صلاتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين»، هذا وبالله التوفيق.

محتوى البحث



MOHAMED KHATAB

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى بحث تطور القلق أي تغيره من مرحلة عمرية إلى أخرى من الطفولة حتى الشيخوخة. وفي توطئة لهذه الدراسة يعرض الفصل الأول للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا، مع التأكيد على جوانب التعريف والتصنيف، والتفرقة بين كل من القلق السوي والقلق المرضي، وبين حالة القلق وسمة القلق، وبين الخوف والقلق المرضي. هذا فضلا عن بيان بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق، مع إيراد معدلات انتشاره. ثم يقدم الفصل الثاني لمسائل التشخيص والعلاج، وبعد بيان الأساس الفيزيولوجي للقلق العصابي، تحدد المظاهر الاكلينيكية له، وكيفية قياسه (مع تقديم مقياس مدتى له) والتحديد العاملي له، والتشخيص الطبنفسي (السيكياترى) الفارق. ويختتم الفصل بتقديم موجز لطريقة فنية من أهم طرق علاج القلق وأكثرها فاعلية، ونقصد العلاج السلوكي.

أما عرض الدراسات السابقة التي تناول تطور القلق، فهو موضوع الفصل الثالث، والذي يبدأ بالتفرقة بين العمر والتطور، مع عرض لوجهتي الثبات والتغير في بحوث الشخصية بوجه عام، وتحديد المقصود من تطور القلق، وبيان علاقة القلق بمطالب العمر، ثم تقديم لمنحنى القلق السوى تبعا للعمر، وتطور القلق المرضي خلال العمر. ويعد هذا الفصل تمهيدا للفصل الرابع والأخير، والذي يعرض لدراسات عربية واقعية (إمبريقية) في تطور القلق خلال الطفولة (دراسة مستقلة)، وعبر المراهقة وأوائل الرشد وأواسط العمر والشيخوخة (دراسة ثانية مستقلة). واشتملت عينات الدراستين على فئات عمرية متنوعة بلغ مجموع أفرادها ٢٣٣٧ مفحوصا.

وقد أسفرت هذه الدراسات العربية الواقعية عن عدد من النتا
أهمها أن متوسط القلق يرتفع قرب سن البلوغ، وأن القلق يرتفع في مرح
المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتي أواسط الـ
والشيخوخة. ومن أبرز النتائج أنه ليس حتما أن يرتفع القلق في مر
الشيخوخة، لأن الفرد في هذه المرحلة المتقدمة من العمر غالبا مايخفض
تطلعاته وطموحه، مع تحمل أفضل للإحباط. ولكن تجدر الإشارة إلى دراس
أخرى أسفرت عن ارتفاع الاكتئاب (وليس القلق) في هذه المرحلة. وأ
وليس أخيرا فقد كشفت هذه السلسلة من الدراسات عن فروق جوهرية
الجنسين في القلق (للإناث متوسط أعلى) في كل الحالات إلا قليلا.



مقدمة

القلق - من إحدى الزوايا - انفعال انساني ذو حدة وشدة، ورغم ما هنالك من زخم في الدراسات ووفرة فيها فلم تختلف البحوث بشأن انفعال كما اختلفت بشأنه، فقد تعددت الآراء بصدده، وتباينت وجهات النظر إليه. فمن قائل : إن القلق انفعال من قبيل الوبال، إذ يغلو بصوره المتقلب والمقلق، فهو أس المرض النفسي وجوهره، يصاحب - فضلاً عن ذلك - كل الأمراض الجسمية والأسقام والعلل. فخير الإنسان أن ينأى القلق عنه، ولا يُبتلى به، ولا يُرزأ بحمله.

ومن الناس والباحثين من يرى القلق - من وجهة ثانية - الدافع وراء كل إنجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم، فهو محرك طاقات الإنسان الراقية، وكوامن نفسه الخلاقة، وسامي فكره، ورائي إبداعاته. ومن ثم فإن القلق - من وجهة نظرهم - مرغوب مطلوب. ويدللون على قولهم هذا بعديد من الأمثلة لعباقرة عانوا القلق، وتألموا لما أصابهم من مشقة وضيق. وبرغم ما واجهوه من ظلم وعنت فلم يفقدوا الأمل والرجاء. انظر إلى قول الطُغرائي:

أعلل النفس بالآمال أرقبها ما أضيق العيش لولا فسحة الأمل

ولا غرابة في أن يدلي كل فريق على رأيه، ويقدم حججاً تدعمه، وأسانيد تثبته. ولكن الاختلاف بين وجهتي النظر هاتين إلى القلق راجع - في المقام الأول - إلى الاختلاف على تعريف القلق، إذ تشير نتائج البحوث إلى وجوب التفرقة بين القلق السوي العادي، والقلق العصابي المرضي (وهذا ما

حاولنا أن نبرزه في الفقرة الرابعة من الفصل الأول. وليس هذا فحسب بل إن بين القلق السوي والقلق المرضي درجات متصلة وظلالاً متدرجة واشتباكا حول ذلك فليس من الصواب أن نطلق القول على عواهنه ونزن التعميم على اطلاقه : يؤدي القلق السوي إلى الإنجاز وربما الإبداع، على حين يقود القلق المرضي إلى مختلف العلل والأسقام. فالحق أن هناك نوع مثل محبة تلازم الإبداع وتوائم الابتكار والإنتاج. وليس هذا فحسب، بل الأصوب أن نقول : إن هناك مستوى أمثل للقلق يناسب كل نوع خاص من العمل على حدة، وهذا ما فصلناه في الفقرة الثامنة من الفصل الأول، والذي يعرض للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الدرجة الأولى، ثم نردفه بالفصل الثاني الذي يرتبط بتشخيص القلق مع بيان موجز لإحدى طرق علاجه.

ويقدم الفصل الثالث الدراسات السابقة عن تطور القلق، ونقصد بذلك تغير مستواه واختلاف معدله من مرحلة عمرية إلى أخرى. ويعرض الفصل الأخير دراسات عربية واقعية Empirical لتطور القلق لدى الأطفال والمراهقين والراشدين والمسنين. والحق أن الدراسات العالمية والعربية قليلة فيما يختص بتطور القلق (أي تغيره تبعا للعمر). ومن هنا فإن الأمل يحدوه أن يفتح هذا البحث المجال أمام الدارسين والباحثين العرب لمواصلة درسه، وإكمال جوانب نقصه، والاستفادة به وتطويره.

وأرجو أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله، وعلى الله قصد السبيل، والحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله.



الفصل الأول

القلق بوصفه اضطرابا نفسيا

تمهيد

لاشك أن لدراسة القلق أهمية قصوى في عصرنا الذي تعددت أسماؤه ومنها أنه «عصر القلق». وحتى تحقق هذه الدراسة أهدافها المرجوة فلابد من البدء في معالجة مسائل التعريف والتحديد الفارق والتصنيف، ولاغرو فالتعريف نقطة بدء أساسية، ولاريب في أن التصنيف أساس العلم. وهذا ما يعرض له هذا الفصل فيما يختص بالقلق، فضلاً عن بيان بعض علاقات القلق بغيره من المتغيرات، ومعدلات انتشاره في المجتمع . ونبدأ بعرض لأهمية دراسة القلق

١ - أهمية دراسة القلق في عصر القلق

من بين الصفات التي أطلقت على هذا العصر (منذ الخمسينات من هذا القرن) أنه عصر القلق Age of Anxiety. وكان لهذه التسمية أسباب عديدة ودوافع شتى[1]. ويقع اضطراب القلق Anxiety disorder من وجهة نظر علم النفس المرضي في القلب من الاضطراب النفسي (العصاب)، فالقلق محور العصاب Neurosis ، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية بل في أمراض عضوية شتى، وهو أكثر فئات العصاب شيوعاً، إذ يكوّن من ٣٠ - ٤٠٪ من الاضطرابات العصابية تبعاً للتصنيفات المبكرة[2]. ويجمع الباحثون

عل أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، وأصبح الـ حجر الزاوية في كل من الطب النفسي Psychosomatic والنظـ الطبنفسية Psychiatric والتطبيق كذلك[٣].

ـ وللقلق دور خاص في عمليات توافق الكائن العضوي ليحـ، وله د مهم في نظريات الشخصية وبحوثها، والشخصية هي الأساس الذي له النفس الإكلينيكي وعلم الصحة النفسية. ويذكر «جوروجونه» أن القلق مشكلة من أكثر المشكلات النظرية صعوبة في علم النفس[٤]، ومن ثم تباينت وجهات النظر بشأنه تباينا واسعا، ومن المناسب الآن أن نعرف القلق.

٢ ـ تعريف القلق

ورد في المعجم الوسيط[٥]: قلق ـ قلقا : لم يستقر في مكان واحد وقلق لم يستقر على حال، وقلق اضطرب وانزعج فهو قلق. وأقلق الهمّ فلا أزعجه. وقد أقر المجمع استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالخو مما قد يحدث. والقلاق : الشديد القلق. يقال : رجل مقلاق وامرأة مقلاق

ويُعرّف القلق بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيـ الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد، وخو لامسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقـ والمجهول. كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغا فيها لمواقف لا تـ خطرا حقيقيا، وقد لاتخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفـ الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحاً مواقف تصعب مواجهتها.

ويستجيب الجسم للقلق استجابات عدة أهمها زيادة نشاط الجهاز العصبـ اللاإرادي أو المستقل Autonomic Nervous System (ANS) وبخاصة الفر

السمثاري، فينهض الجسم لمواجهة التهديد غير المحدد وغير المعلوم، فيحرك طاقاته، وتصبح العضلات متوترة، ويسرع التنفس، ويدق القلب بسرعة أكبر . . وغير ذلك من ردود الأفعال[٤٦].

وبعد تعريف القلق ننتقل إلى التمييز بين نوعي القلق: السوي والمرضي

٢ - القلق السوى والقلق المرضى

لابد أن نفرق بين القلق السوى والقلق المرضى أو العصابي،أو مايسميه الأطباء النفسيون «بالقلق الفيزيولوجي والقلق الباثولوجي»[٤٧]. غير أن اهتمامنا يتجه إلى ذلك النوع من القلق الذى يؤدي إلى مواقف عصبية نجعل منه قلقاً مرضياً، ففرق كبير بين أن تقلق الأم لمرض عضال أصاب وحيدها، وأن تقلق هذه الأم نفسها قلقا شديدا لتأخر صديقتها عن موعد ضربته لها.

كما يميز بين نوعي القلق كذلك متغيرات شدة Intensity الأعراض الدالة عليه ودوامها Duration. وقد يكون القلق السوى موضوعيا خارجيا أو ذاتيا داخليا[٤٨]، ويعزى فى هذه الحالة إلى موقف معين أو يحدث فى زمن خاص أو كرد فعل سوي لمواقف تسبب - حقيقة لدى معظم البشر - القلق، ومثالها ما يختبره الطالب قبل الامتحان أو ما يشعر به الأب لدى مرض ابنه، ولذلك يسمى القلق السوي في مثل هذه الحالات بالقلق الموضوعي أو القلق الحقيقي.

أما القلق العصابي فهو خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضي Morbid يسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق Free floating anxiety. ويستخدم «زولس»[٤٩] بديلا عن المصطلح الأخير - الذى يرى أنه خاطئ - مصطلح

القلق الشامل Pervasive، ويرى أنه الأفضل. ويذكر «ليف» أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح : «استجابة القلق»، إذ حل هذا المصطلح على «حالة القلق»، والأخير بدوره قد حل على المصطلح النفسي الأقدم : «عصاب القلق»، ولكن لا يزال المصطلح الأخير يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي الأوروبية على حين يستعمل مصطلح «استجابة القلق» في بعضها الآخر[10]. ويستخدم بدلا من كل ذلك الآن مصطلح «اضطراب القلق» في الدليل التشخيصي الثالث المعدل[11].

- والقلق العصابي هو المرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية، ولكننا نهتم بمجموعة الأعراض هذه عندما تكون الزملة Syndrome الأساسية أي استجابة القلق أو اضطراب القلق. ويعنى القلق العصابي - بمصطلحات نظرية التعلم - حافزا Drive أو استعدادا سلوكيا يهيء الفرد لإدراك عدد كبير من الظروف أو المواقف غير الخطرة موضوعيا على أنها تهديد، ويستجيب لها برد فعل غير متكافيء في الشدة مع الحجم الموضوعي للخطر[12].

ويرى المؤلف أن النظر إلى القلق على ضوء البحوث التجريبية في علم النفس ونظرية التعلم أقرب إلى علم السلوك، تلك النظرة التي لم تخضع فقط المفحوص والمريض فقط للتجريب، بل كذلك المجرب في علم النفس والطب البشري، فمن بين نتائج بعض التجارب " الطريفة " التي ينبغي أن نستخلص الدروس اللازمة منها بوصفنا مجربين أن قلق المجرب يسبب قلقا لدى المفحوص، وأن التأثير على المفحوصين بهدف الحصول على بيانات تؤيد فرض الباحث، يوجد لدى المجربين ذوي الدرجة المرتفعة من القلق[13].

٤ ـ تصنيف القلق المرضي وفئاته

أصبحت معظم الحالات التي سميت سابقا بـ " العصاب "

Neurosis تندرج الآن تحت عنوان " اضطرابات القلق "، ولكن عددا قليلا منها صنفت ثلاثة تصانيف مستقلة هي : الاضطرابات التفككية Dissociative، وتلك التي تتخذ صورة جسمية Somatoform، والاضطرابات النفسية الجسمية Psychosexual. أما الحالة التي أسميت فيما مضى بالاكتئاب العصابي Neurotic depression فقد صنفت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM III الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين على أنها إحدى الاضطرابات الوجدانية، وهي تصنيف مستقل.

ومن نافلة القول أن نذكر أن القلق هو الخاصية المركزية في مجموعة اضطرابات القلق، بينما أن القلق هو الاضطراب السائد الغالب، أو أن الفرد يمر به ويخبره إذا حاول أن يتحكم في أعراض خاصة معينة أو يقاومها (كموضوع مسبب للخوف الشاذ أو طقوس قهرية).

والخواص الرئيسة للقلق كما يصفه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية[١٩] كما يلي:

١ - التوتر الحركي كما يدلل عليه أن يصبح الفرد قفازا وثابا متحفزا، متعبا مرهقا مرتعشا، غير قادر على الاسترخاء.

٢ - النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل ANS كما يظهر ذلك في الدوار أو الدوخة، والقلب المتسارع كما لو كان في سباق، وزيادة إفراز العرق.

٣ - توقع الشر وارتقاب ما يخيف، ويتضح ذلك في الاجترار القلق للأفكار.

٤ - التيقظ والتحرس أو انعدام الصبر كما يبدو ذلك في فرط الانتباه وزيادته.

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM II كان القلق إشارة إلى العصاب وأبرز علاماته، وكانت كل الاضطرابات التي يتم فيها الشعور بالقلق

والتعبير عنه بشكل مباشر»، أو التي يتم التحكم فيها بشكل لاشعوري عن طريق التحويل أو الإبدال وغيرها من حيل الدفاع تصنف على أنها عصابية. أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث فقد صُنّفت في اضطرابات القلق، الاضطرابات التي يتعرض فيها الفرد لخبرة القلق بشكل مباشر فقط.

الفئات الفرعية لاضطرابات القلق

لاضطرابات القلق - تبعاً للدليل الثالث[١٤] - ست فئات فرعية كما يلي:-

١ - المخاوف الشاذة Phobias وتشتمل على ثلاثة أنواع هي:

أ - الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة Agoraphobia.

ب - المخاوف الاجتماعية

ج - المخاوف البسيطة.

٢ - الوسواس القهري Obsession - Compulsion والعنصر الأساسي فيه الوسواس أو القهر المتكرر، أحدهما أو كلاهما.

٣ - الهلع Panic ويتسم بنوبات متكررة من الذعر والهلع، تتصف ببداية فجائية لخوف عنيف وخشية أو رعب.

٤ - القلق العام: والعنصر الأساسي فيه القلق الدائم أو المستمر لمدة لا تقل عن شهر دون أعراض نوعية، كما هو الحال في اضطرابات المخاوف الشاذة أو الوسواس القهري.

٥ - الاضطراب التالي للصدمة Post - traumatic stress disorder (PTSD) والخاصية الأساسية في هذه الفئة هي نشأة أعراض معينة تلي حادثة تعد صدمة من الناحية النفسية، وتعتبر خارج نطاق المدى السوي للخبرات الإنسانية، وأمثلتها الاغتصاب والزلازل أو الاحتجاز رهينة أو الوقوع في الأسر أو الحرب.

٦ - القلق غير المحدد: ويجب أن تستخدم هذه الفئة فقط عندما لا يستطيع الإكلينيكي أن يكون محددا.

ويصرف النظر عن الفئات الفرعية للقلق كما بينا، فمن الأهمية بمكان إقامة تفرقة بين نوعي القلق: الحالة والسمة.

• - حالة القلق وسمة القلق

يذكر «سبيلبرجر»[١٤٤] (وهو رائد في دراسات القلق) أن كثيرا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Constructs المرتبطة معا برغم أنها مختلفة تماما من الناحية المنطقية. فغالبا ما يُستخدم مصطلح القلق - أولا - لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل. وتحدث حالة القلق State Anxiety عندما يُدرك الشخص منبها معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يُحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الانعصاب التي تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه.

ويستخدم مصطلح القلق - ثانيا - ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا في الاستهداف Proneness للقلق بوصفه سمة في الشخصية «Trait Anxiety»، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا، قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة

في سمة القلق. ونتيجة لذلك فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق هم أكثر الأفراد الذين تواجههم المواقف العصبية، ويميلون إلى أن يخبروا الأرجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أرجاع ذات شدة مرتفعة وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة إلى الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق[٦٧].

وبعد أن فرقنا بين الحالة والسمة في مجال القلق، نفرق بين القلق والخوف، إذ التداخل بينهما كبير، والآراء متضاربة.

٦ - الخوف والقلق

يرى «سورجون» أنه «ليس من المعروف بعد ما إذا كان القلق يمثل حالة عامة من الدفع المرتفع، أو حالة عامة من الخوف المنتشر، ورغم ذلك تواتر الدراسات التي توجب ضرورة التفرقة بين القلق والخوف»[٦٨]. وقد نبعت التفرقة بين القلق والخوف بتأثير من حادثة مؤداها أن المترجمين الأوائل لكتابات «فرويد» أخطأوا ترجمة الكلمة الألمانية Angst التي تعني القلق، على أنها الخوف. وكما أشار «رادو» Rado فإن «فرويد» نفسه كان يتجاهل الفرق بين الخوف والقلق بوجه عام[٦٩]. ويذكر «ليفيت» أنه للأغراض العملية والتجريبية، فلا فرق بين القلق والخوف[٧٠]. ويرى «أيزنك» وكذلك «وولبي» الرأي ذاته. ويورد «إيستس»[٧١] تعريفا للخوف على أنه «دافع إلى التجنب» Avoidance motive، على حين يُعرِّف القلق على أنه «تنبه دون وجهة» Undirected arousal على إدراك الخطر. ويرى أن القلق يختلف عن الخوف في أن الأول لا يجد له مصرفا في سلوك تجنبي نوعي.

ولكن يجب أن نلاحظ أن القلق يختلف عن الخوف في أمرين هما:

١ - أن القلق خوف من خطر محتمل أو مجهول غير مؤكد الوقوع، فهو خوف من المجهول والخفي والغريب وغير المتوقع.

٢ - وأنه خوف مستقبل غير محدد لايستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهرب أو الاختفاء أو الهجوم، فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لانستطيع أن نفعل شيئا حيال موقف غامض يتهددنا بالخطر[٣٦].

أما الخوف فهو استجابة لخطر واضح وموجود فعلا، وهو كذلك وقتي ويزول بزوال السبب، والمنبه في هذه الحالة معروف ومُدْرَك شعوريا. ولكن العبرة بالتشابه بين القلق والخوف هنا يكون بجامع التغيرات الفيزيولوجية والأعراض الاكلينيكية في كل منهما، ولو أن هذا التشابه غير تام كما سنرى. ويورد «ليف»[٣٧] مقارنة بين الخوف والقلق (انظر جدول ١).

جدول (١)

الملامح السيكولوجية الفارقة بين القلق والخوف

وجه المقارنة	القلق	الخوف
الوضوح	غير معروف	معروف
التهديد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غائب
الدوام	مزمن	حاد

ويضيف المؤلف نفسه[٣٨] أن الانفعال الذي تسببه عربة مسرعة تقترب منك لدى عبورك الطريق، يختلف عن الضيق المبهم الذي يمكن أن تخبره عند ملاقاتك أناسا لم ترهم من قبل في جلسة غريبة، ان الفرق السيكولوجي الأساسي بين هاتين الاستجابتين الانفعاليتين يعتمد على كون إحداهما حادة

والأخرى مزمنة. ويذكر «دارون» C. Darwin أن كلمة «خوف» مشتقة مما هو مفاجىء وخطر.

ومن الجلي أن اختلاف الآراء حول علاقة القلق والخوف يرجع إلى اختلاف نظري في المقام الأول. ومن ثم نعرض نبذة موجزة عن نظريات القلق.

٧ - القلق من وجهة نظرية

وضح «سبيلبرجر»[٣٤] أن النظرية الشاملة عن القلق تتطلب توضيح العلاقة بين ثلاثة مفاهيم مختلفة للقلق هي :

١ - القلق بوصفه حالة انفعالية.

٢ - القلق من حيث هو عملية مركبة تتضمن المواقف العصبية والتهديد

٣ - القلق بوصفه سمة في الشخصية.

ويمثل الشعور الذاتي من التوتر والخشية أكثر الملامح تميزًا والفريدة للقلق بوصفه حالة انفعالية. وقد أثبتت مقاييس نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (المستقل) أيضًا أنها مؤشرات معينة للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث في حالات القلق.

وقد عرض «وليم فيشر»[٣٥] نظريات القلق تفصيلًا، وأهمها : النظريات الفرويدية التقليدية والمحدثة، ونظريات التعلم، والنظريات الفيزيولوجية، والوجودية.

ويلخص «كيسن ومانلثر»[٣٦] آراء بعض المنظرين بطريقة موجزة، فيذكران أن مايجز القلق لدى «فرويد» هو التنبه الزائد (تذكر النظرية المبكرة

لفرويد أن القلق ينتج عن إعاقة النفعات الجنسية ولكنه عدلها ورسمها)، ومثير القلق لدى «مورلر» Mowrer هو الألم، على حين أنه استجابة الخوف الفطرية عند «ميللر» Miller، وصدمة الميلاد عند «رانك» Rank، وهو لدى «سيلي» H.Selye المواقف العصيبة، وبالنسبة للوجوديين فإنها الحقيقة المحزنة لكون الفرد آنيا يعيش. ويدلل المؤلفان على أن وجهة النظر إلى القلق من حيث إنه «هروب من الصدمة» هي نظرية غير كاملة، كما أن مفهوم «الألم بوصفه مصدرا وحيدا للقلق» يعد فكرة لا تصمد للهجوم، فالألم ليس حالة ضرورية لنشأة القلق ونموه.

وتأتي أقوى الأدلة ضد نظرية «الألم - القلق» أو الخوف الذي يصاحب الألم أو التهديد بالألم كأساس للقلق - كما يذكر «ماهر» - من حالات «فقدان الاحساس بالألم لأسباب ولادية» Congenital analgesia، وهو اضطراب بسبب عدم حساسية تامة للألم منذ الميلاد. وهذه الحالة (وهي ذات أصل وراثي واضح) يمكن أن تؤدي إلى حروق وإصابات، لأن الضحية هنا لم يتعود تجنب التنبيهات التي تعد مؤلمة بالنسبة للشخص السوي.

ولكن «كيسن» و «ماندلر»[٢٨] أشارا إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يظهرون - مع ذلك - أنواعا من القلق، ويقولان: إنه من الصعب أن ندافع عن فكرة أن كل أنواع القلق تحدث نتيجة صدمة مؤلمة. وقد اقترح المؤلفان مصطلح «الضيق الأساسي» Fundamental distress في إطار تخريجهما عن أصل القلق، وهي نظرية أشمل من نظرية «الألم - القلق»، وتدور في إطار الإشراط.

وقد وضع «روبرت مالمو»[٢٩] نظرية عن القلق بوصفه تنبها زائدا Overarousal على أساس من عدا الفرض: إن القلق الاكلينيكي (المرضي) يعد مرضا خاصا بزيادة التنبه أو الاثارة، فإن المريض الزائد الذي يستمر

ربما طويلا للتنبيه النشط، يمكن أن يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الشخص على كف التنشيط. ونلاحظ أن الكف يشير إلى عملية فعالة وليس إلى مجرد عدم وجود التنشيط.

إن الارتفاع البسيط في مستوى التنشيط Activation level يتلوه عادة كف مستوى التنشيط، مع عودة إلى حالة السكون. ويفترض " مالمو " أن التنشيط المستمر والممتد يؤدي إلى استخدام زائد للآليات (الميكانيزمات) الكفية حتى تضعف في النهاية. ويفترض أن الكف يحدث بوساطة مادة كيميائية ناقلة تعتمد فعاليتها في القلق المستمر. ويجب أن نتوقع - من هذا النموذج - أن مقاييس التنشيط لن تميز بين المفحوصين القلقين وغير القلقين عندما تكون كلتا المجموعتين في حالة الراحة والسكون، ولكن حدوث منبهات منشطة يجب أن تحدث فروقا بينهما.

ولاحظ «مالمو» كذلك أن المفحوصين الذين يعانون من القلق المرضي يستجيبون بطريقة مبالغة لأي منبه منشط، سواء أتشابه أم لم يتشابه مع تلك المنبهات التي سببت القلق لديه في المقام الأول[3-2]. ويؤكد " كاميرون " النقطة الأخيرة في نظرية «مالمو».

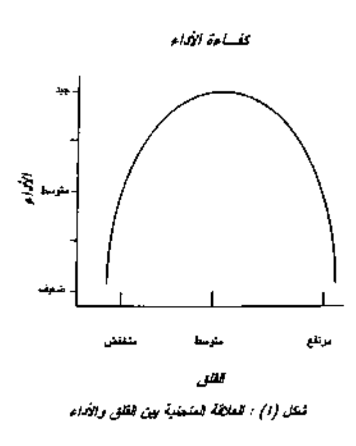
وثمة ملاحظة شائعة مرتبطة بفروض «مالمو» السابقة، مؤداها أن أي تغير جوهري في العملية الكفية بعد تنبيه دائم، يسمح بحدوث التنشيط في مستويات من التنبيه أقل بكثير مما ينشط مفحوصا سويا. ومن هنا فإن القلق الاكلينيكي أو المرضي (الباثولوجي) يمكن أن يتميز بعتبة[36] تنشيط منخفضة، وعودة بطيئة جدا إلى حالة السكون.

وبعد أن عرضنا بشكل موجز جدا لبعض نظريات القلق، نعرض للعلاقة بين القلق والأداء والتفاعل بينهما. وقد يعد هذا التناول هنا - من ناحية ثانية - انعكاسا لموقف نظري إلى القلق وتعريفه.

٨ - العلاقة بين القلق والأداء

يشير «كاتل»[٣٢] إلى الاختلاف بين أصحاب نظرية التعلم الذين يعدون القلق المصدر الأساسي للدافعية البشرية، والإكلينيكيين الذين يعدون القلق - على النقيض من ذلك - هو ما يفكك تلك الدافعية. ويقول «برانش»[٣٣]: إن الدرجات المعتدلة من القلق يمكن أن تعد قوة بناءة تفيد في زيادة اليقظة والجهد. ولكن «بوروبج» وزملاءه[٣٤] يوضحون أثر القلق على الوظائف العقلية في أن «القلق يخفف من حدة الاستجابة واكتمالها أو يجعل الفرد يوجه انتباهه إلى جزء فقط مما حوله، أو كما لو كان قد تعب أو أصبحت طاقته غير كافية لتطلبات الموقف».

ولكن يبدو أن التناقض الظاهري بين هذه النتائج راجع إلى عدم التفرقة بين القلق السوي والعصابي. ويوضح هذه التفرقة «جرنكر»[٣٥] نتيجة لملاحظات تمت في الحرب العالمية الثانية فيقول: «إن القلق ينتج نشاطا فعالا ويسبب أداء جيدا إذا كان معتدلا، ولكن الدرجة المرتفعة من القلق تنتج اضطرابا في الأداء». وقد يوضح ذلك ما ظهر من علاقة منحنية Curvilinear بين القدرات الإبداعية والسمات المزاجية الشخصية[٣٦]. ومن ناحية أخرى يمكن فهم علاقة القلق بالأداء على ضوء قانون «يركز دودسون» (انظر شكل ١). فالدرجة المنخفضة والدرجة المرتفعة من القلق ترتبطان بالأداء السيئ. والقلق المثالي هنا هو القلق المتوسط[٣٧].



شكل (١) : العلاقة المنحنية بين القلق والأداء

ويرون أن القلق -عندما يتنامى عند طلبة الجامعة في مراجعة امتحان مهم- يصل إلى أعلى درجة له قبل الامتحان، ولكن مستوى القلق ينخفض في وقت الامتحان نفسه، على حين يبرز عامل الاجهاد (٣٨). وقد افترض «ساراسون، ماندلر» علاقة سالبة بين القلق والتحصيل الدراسي. ولكن حدوث الإشراط بسرعة أكبر في حالات القلق لا يتعارض مع فكرة الأثر العكسي للقلق على التحصيل، لأن التعلم المدرسي ليس ببساطة مجرد إشراط. ولا بد أن ننظر إلى القلق على أنه ذو تأثير تفكيكي على العمليات المعرفية أكثر من كونه إسهاما وتسهيلا للتعلم[٣٩]

وربما يصدق في ظروف معينة وغير عامة، أن ننظر إلى القلق في علاقته بالأداء في إطار «حد التنشيط» الذي وصفه «مالمو» على أنه علاقة على شكل ارتباط منحنى أو حرف U مقلوب، بمعنى أن القلق حتى حد معين يمكن أن يعد دافعا للأداء الجيد، وبعد هذا «الحد المعين» يُعد القلق مثبطا للأداء. ولكن ما يسمى «بالقلق كدافع» لابد أن يوجد في مستوى غير مرضي، أي أنه قلق سوي وليس قلقا عصابيا، ويمكن أن يصدق ذلك في حالات معينة، برغم أن أثر القلق على الأداء المعقد والتحصيل الدراسي أعقد من فرض الارتباط المنحنى هذا.

ويذكر «سبيلبرجر»[٤٠-٤١] أن الارتباط بين مقاييس القلق والذكاء مساو للصفر كما حسب على عينة ضخمة من الذكور والإناث، إلا أن عزل عينة الذكور وإجراء تحليل منفصل ومفصل لنتائجها، كشف عن ارتباط سالب منخفض بين هذين المتغيرين. ويمكن ملاحظة نتيجة دائما في عينات غير متجانسة تقل عن المتوسط في القدرة العقلية. وقد تغيرت النتائج بإدخال متغيرات تجريبية أو خصائص معينة للعينات في خمس تجارب أجراها معا المؤلف، مما يشير إلى أن العلاقة بين القلق والأداء علاقة مركبة وغير بسيطة.

وفتحنا لبحث العلاقة بين القلق والأداء. نعرض لبعض المتغيرات المرتبطة بالقلق وهي : الحضارة، الطبقة الاجتماعية، جنس المفحوص.

٩ - بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق

أ - الفروق الحضارية في مستوى القلق

أطلق «أودن» W.H.Auden على العصر الذي نعيش فيه الآن : «عصر القلق» The Age of Anxiety . ومن الصعب في الحقيقة أن نتأكد مما إذا كان ثمة قلق زائد الآن أكثر من عصور سالفة. لقد كانت الأخطار الحقيقية والمواقف العصيبة فعلا كثيرة في العصور الماضية، ومنها المجاعات والأمراض والأوبئة والحروب والرق والكوارث الطبيعية، وكانت في كل مكان ولا تزال في عديد من الأماكن حتى اليوم. ولكنّ أوجه نقص الثقة وسرعة التغير والابتعاد عن المعتقدات الدينية والروابط العائلية والقيم السامية، صراعات وأنواعا من القلق كانت أقل توافرا في المجتمعات الماضية ذات التنظيم الهرمي الصارم[٤٠].

وقد أجريت دراسات حضارية مقارنة بين دول متعددة متقدمة ومتخلفة، فلوحظ ارتفاع القلق في الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، وتبين هذه النتائج سوء الفهم الذي حدث بالنسبة لما يتصور أنه مصاحبات للحضارة، نتيجة الخلط بين عامل القلق وعامل المشقة أو الانعصاب Stress. فإن الحياة المتحضرة - كما في أمريكا مثلا - يمكن أن تثير عامل الانعصاب، ولكنها لا تتبع بالضرورة ما يحتج به أنه « عصر القلق » (ومن سوء الحظ فإنه ليس لدينا قياس لمستوى القلق في العصور الوسطى)[٤١].

ولوحظ أن مستوى القلق يختلف من بلد إلى آخر، مثل درجته في

أمريكا لم ترتفع درجته على الترتيب في كل من انجلترا، اليابان، إيطاليا، فرنسا، الهند[٤٣]. كما يرتفع القلق في مصر بالنسبة إلى كل من السعودية والكويت، وذلك كما دلت بحوث عربية عديدة[٤٤].

ب - القلق والطبقة الاجتماعية

هناك فروق في درجة القلق تبعاً «للمستوى الاجتماعي والاقتصادي المهني»، فيزداد القلق بدرجة طفيفة مع انخفاض هذا المستوى[٤٥]. ولكن ظهر من دراسة أخرى اتفاق بين الباحثين على أن نسبة حدوث Incidence العصاب (والقلق أهم مكوناته) بين الأشخاص في الطبقات العليا أعلى منها لدى الطبقات الدنيا، وأن العلاقة العكسية صادقة في الذهان. وفي دراسة أحدث على عشيرات أخرى اتضح أن انتشار Prevalence الأمراض العصابية والنفسية والفيزيولوجية أكثر بين الطبقات الأدنى بالنسبة للأعلى. وحيث إن أوجاع القلق تكوّن نسبة مئوية مرتفعة من العصاب، وأن معظم الأمراض النفسية الفيزيولوجية تعد تعبيرات لأوجاع قلق، فإن جزءاً كبيراً من المجتمع - ربما يصل إلى الربع - لديهم أوجاع قلق شديد حتى إنه يحتاج إلى مساعدة مهنية[٤٦].

ج - الفروق بين الجنسين في القلق

يذكر «ماير جروس» وزملاؤه[٤٧] أنه لا فروق جنسية في مستوى القلق، ولكن يحتمل أن الإناث أعلى في مستوى القلق من الذكور، ومع ذلك يبدو أن هذا التعميم غير صادق (انظر المنحنى في شكل ٤)، كما يذكر «لهف»[٤٨] عكس ذلك إذ يقول : إن انتشار الاضطرابات السيكياترية ومن بينها أوجاع القلق تختلف تبعاً للجنس، فالنساء أكثر عرضة واستعداداً لأوجاع القلق من الرجال، ولكن مستوى ما تُحدثه القلق من تعجيز الذين

يعد أعلى قليلا بالنسبة للرجال، فبينما أنواع القلق المرتبطة بالطمث Menstruation والحمل وسن اليأس Menopause شائعة لديهن بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى أن المجتمع الحديث قد ولد صراع الأدوار خاصة للمرأة.

والمتغيرات التي ترتبط بالقلق وتتفاعل معه كثيرة. ولقد عرضنا نموذجا لبعضها فقط. وننتقل فيما يلي إلى بيان المعدلات التي ينتشر بها القلق لدى الجمهور.

١٠ - معدلات انتشار القلق

أورد «شيهان» أن القلق يصيب نحو ٥٪ من السكان، وذلك اعتمادا على كل من مراجعة المصادر المتاحة واستعماله بالحاسب الآلي Computer Search تم في مارس ١٩٩٠ وهو يصيب ١٪ منهم تقريبا إلى درجة العجز، وأغلب المصابين به (٨٠٪) من النساء، والغالبية منهن في سنوات القدرة على الإنجاب[٣٩]. ويتراوح انتشار حالات القلق في المجموعة السوية من السكان بين ٢٪ ، ٤,٧٪ في انجلترا والولايات المتحدة، على حين وصل المعدل في مسح فرامنجهام Framingham إلى رقم ١٠٪[٤٠].

وفي مصر دُرس مدى انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية عن طريق فحص المتقدمين لمركز الصحة النفسية بجامعة عين شمس من طلاب الجامعة وذلك خلال تسعة أشهر، فوصل عدد المتقدمين للعيادة إلى ١٠٥٠ منهم ٨٤٦ طالبا يمثلون ٢,٨٪ من مجموع الطلبة، ٢٠٤ طالبات يمثلن ٠,٩٪ من مجموع الطالبات، ٣٦٪ منهم كانوا يعانون من حالات قلق[٤١].

وكثيرا مايعاني مريض القلق من عدد كبير من الاضطرابات العضوية، ويرتبط ذلك بحاجته الملحة إلى الرعاية الطبية. وتختلف معدلات انتشار

الاضطرابات السيكياترية المنتشرة في الممارسة الطبية اختلافا كبيرا، وذلك اعتمادا على المحكات التشخيصية المستخدمة. فقد ظهر أن اضطراب القلق يمثل ١٤٪ من المرضى في عيادات أمراض القلب، ١٦٪ من المرضى في عيادات الجراحة، ١٧٪ من المرضى الراشدين في عيادات الرعاية الأولية Primary care. وفي بعض الأحيان قد يرجع الفشل في التعرف إلى الاضطرابات النفسية وبالأخص في معظم حالات القلق - في الممارسة الطبية - إلى أسباب عدة، لعل أهمها أن الأمراض العضوية كثيرا ما تكون هي الملامح السائدة في حالات القلق. وربما يعقد المسألة أكثر، أن مرضى القلق يدركون أنفسهم عادة على أن لديهم مرضا عضويا طبيا. هذا فضلا عن أن عددا كبيرا من مرضى القلق يرفضون - عند الفحص الدقيق - على أن لديهم اضطرابا طبيا معينا يفسر الأعراض التي يشكون منها[٤٢].

ومن ناحية أخرى أجرى " كاستل، بيتر، فرنتر، ديلنج " دراسة عن انتشار القلق وبعض الاضطرابات السيكياترية لدى عينة من الأطفال، بلغ قوامها ٣٥٨ طفلا، وتراوحت أعمارهم بين ٣ و ١٤ سنة، وقد تم تصنيفهم كما يلي : ٥٪ لديهم اضطرابات سيكياترية، ١٣٪ يعانون من القلق وبعض الأمراض الخاصة، ٢٪ يتلقون العلاج[٤٣].

وقد توصل "ويليامز"[٤٤] إلى نتيجة مشابهة تشير إلى انتشار القلق والعصابية والانسحاب الاجتماعي على عينة أخرى من الأطفال الذكور (ن = ٧٠٢)، والإناث (ن = ٦٧٠). في حين توصل "أشيكينة" إلى انتشار كل من القلق والاكتئاب (٧٪). هذا فضلا عن نسبة أخرى من أفراد العينة كانوا يعانون من مشكلات عامة[٤٥].

وبعد أن قدمنا بعض جوانب القلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الفصل الأول، نعرض في الفصل الثاني لجوانب محددة في تشخيص القلق وعلاجه.



الفصل الثاني

تشخيص القلق وعلاجه

تمهيد:

عرضنا في الفصل الأول للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا له ارتباطاته بكثير من المتغيرات، ونظرياته، ومعدلات انتشاره. كما عالجنا بإيجاز بعض مشكلات التعريف والتحديد الفارق والتصنيف. ونواصل في هذا الفصل بحث تشخيص القلق وعلاجه : أساسه الفيزيولوجي، ومظاهره الإكلينيكية، وقياسه، وتشخيصه، وعلاجه بطريقة محددة هي العلاج السلوكي. ونبدأ بتحديد أساسه الفيزيولوجي.

١- الأساس الفيزيولوجي للقلق العصابي

من بين معاني القلق أنه انفعال أو حالة وجدانية، وهو ككل انفعال يوجد في مستويات ثلاثة تترتب تصاعديا كما يلي :

١ ـ مستوى عصبي غُددي Neuro - endocrine .

٢ ـ مستوى حركي حَشوي Motor - visceral.

٣ ـ مستوى الوعي الشعوري Conscious awareness.

إن التغيرات الجسمية المصاحبة لانفعالات القلق والخوف والغضب هي استجابات فيزيولوجية تعد الكائن العضوي لعمل طارئ: القتال أو الهرب Fight or Flight والخوف مثير للهرب، والغضب مثير للحرب، والقلق مناظر

للخوف إلى حد كبير. ولكن الأعراض في الانفعالات الثلاثة غير تامة التشابه، كذلك من الخطأ أن نجمع بين ردود الفعل الفيزيولوجية لكل من الخوف والغضب، فقد أثبت «ألبرت اكس»[٤٠٦] في تجربة عملية وجود فرق بين ردود الأفعال بالنسبة للخوف والغضب. ومن ناحية أخرى فقد كان رأى الفيزيولوجى الرائد «والتربرادفورد كانون» W. B. Cannon أن الفرع السمبثاوى هو المتضمن فقط في الانفعالات، ولكن وجد لاحقا له أن الفرع الباراسمبثاوى متضمن كذلك.

أما الأساس الفيزيولوجى للقلق فهو كما يذكر «مايرجروس» وزملاؤه[٤٧٢] . الزيادة الشاملة للنشاط العصبى الكلى وبخاصة الجهاز العصبى اللاإرادى أو المستقل بفرعيه، فبالنسبة للفرع السمبثاوى يحدث بوجه عام ارتفاع في تركيز الأدرينالين في الدم، مما يسبب تحرك احتياطى السكر من الكبد، مع ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب، وجحوظ العينين أحيانا، ويصبح الجلد شاحبا محروقا، مع جفاف في الحلق، وتزداد مرات التنفس ويصبح عميقا، وتفقد العضلات قوتها أو تختلج وترتعش. أما المظاهر الباراسمبثارية المصاحبة فقد تبدو في تكرر الرغبة في تفريغ المثانة (وبخاصة في النوبات الحادة، ولكن ذلك أقل شيوعا في الحالات المزمنة)، مع الإسهال وانتصاب الشعر. ولكن إذا استمرت الحالة الانفعالية فربما تزداد قوة العضلات يصاحبها شعور بالتوتر وعدم الراحة وتكرر حركات التهيج والضجر بشكل نمطى، وتتأثر الوظائف الهضمية والشهية والنوم غالبا، فيترتب على ذلك تدهور بدنى.

ومن بين التغيرات الجسمية كذلك تحول الدم من المعدة والأمعاء إلى القلب والجهاز العصبى المركزى والعضلات، وتوقف العمليات في القناة الهضمية، والإسراع في عمليات تحول الجلوكوز إلى الدكستروز، وتزداد نسبة السكر في الدم، وينقبض الطحال ويفرغ مخزونه من كرات الدم الحمراء.

ويرى «هانزميل» أن مفتاح المسألة كلها يمكن أن يكون في منطقة المهاد أو السرير التحتاني Hypothalamus، والمعروف بأنه يوافق بين العضلات والوظائف الحشوية وبخاصة تلك التي لها أهمية في الدفاع ضد مواقف الخطر، وتقوم المنطقة الشمية Rhinencephalon أيضا بدور مهم في التكامل بين النشاط الانفعالي والحشوي. وقد تكون هاتان المنطقتان مسئولتين عن المظاهر البدنية للقلق[٥٨].

ويعتقد باحثون آخرون أن القلق راجع إلى «حساسية مفرطة» في الجهاز العصبي اللاإرادي أو خلل في وظيفة ذلك الجهاز، مع السيطرة الوظيفية للجهاز الطرفي Lymbic system. أما «روبرت مالمو»[٥٩] فيذكر أن «القلق يصاحبه زيادة شاذة في القابلية للاستثارة في كل من الجهازين اللاإرادي (الأوتونومي) والعصبي المركزي»، ويقول كذلك: «إن القلق، بوصفه مرضا مشتركا في العصاب، له خصائص الاستجابة كما وضحها «كانون»، فإن المظهر المميز لمريض القلق هو أنه يستجيب لمواقف الحياة اليومية العادية كما لو كانت طوارئ، أو مواطن خطورة». ويبين كذلك[٦٠] أن الأدلة التجريبية تشير إلى «وجود نقص في الآليات (الميكانيزمات) التي تهدف إلى الاحتفاظ بالتوازن في حالات القلق المرضي».

ويفسر «مالمو» ذلك بافتراض أن «خبرة القلق تنتج عن ضعف وظيفة الكف في الجهاز الشبكي المنشط، وهذا الضعف يسمح بتسهيل تفريغ عديد من النبضات في اللحاء، مما يؤدي إلى مستوى تنبه فوق العادي. ومن الممكن أن تتغير الوظيفة الكلية للجهاز الشبكي المنشط إذا ظل مستوى التنبه مرتفعا بدرجة ثابتة لفترة طويلة من الزمن»[٦١].

ويؤكد كل ذلك وجود عامل وراثي في القلق، فيؤكد «مالمو» وجود هذا العامل، ويرى «ايزنجروس» وزملاؤه وجود الوراثة من حيث هي عامل

قوي[٤١]، ويورد «ليو . ج» دراسات عدة، ويستنتج منها أن الوراثة لها دور لا شك فيه في حدوث حالات القلق[٤٢]. وأسفر عدد من الدراسات عن أن القلق موروث على الأقل بمقدار النصف تقريبا. وننتقل فيما يلي إلى عرض أهم مظاهر القلق.

٢ ـ المظاهر الإكلينيكية للقلق العصابي

للقلق العصابي مظاهر وأعراض شتى تلمس الجانبين النفسي والجسمي، نفصلها فيما يلي :

أ ـ الأعراض النفسية

من هذه الأعراض سرعة الاهتياج كما تبدو في سرعة الانزعاج أو الميل إلى القفز عند سماع الأصوات المفاجئة، أو الحساسية المفرطة للضوضاء، والنرفزة، وضعف القدرة على التركيز وشرود الذهن والهبوط بين آن وآخر.

هذا فضلا عن التردد الشاذ والتشكك، وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض، مع فقد الشهية للطعام، والأرق، وأحلام كابوس متواترة، ومن الطبيعي أن يؤدي به هذا القلق الموصول والتوتر الدائم وصعوبة النوم إلى شعور شديد بالتعب والإرهاق . . . إلى غير ذلك من الأعراض التي كانت تُدرج فيما كان يسمى «النيوراستينيا»[٤٤][٤٥].

ومن المظاهر النفسية كذلك خوف المريض من كل شيء : من المرض العقلي أو المرض العضوي أو الموت. ولدى كثير من المرضى لا يتركز الخوف بوضوح حول موضوع بالذات، ولكنه خوف غامض مجهول المصدر، ويتسبب الخوف في شعور بالتوتر الداخلي، فيصف المريض نفسه بأنه يشعر بالتوتر، وأنه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة، إلى جانب فقد الثقة بالنفس[٤٦].

بالإضافة إلى عدم القدرة على الاسترخاء والضجر وصعوبة التركيز، مع احتمال حدوث صعوبات في التذكر والاسترجاع، وفقد الاهتمام، ونقص الاستمتاع بالهوايات المحببة[٦٧]، مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمان وعدم الاستقرار، وشعور بالنقص وتجنب مواقف التنافس، والاكتئاب والمخاوف الشاذة، والسلوك العدواني أحيانا.

كما يتسم مريض القلق بالتردد وعدم الحسم، والاستغراق في أحلام اليقظة، والانغماس في الحنين الكاذب، مما يجنح به إلى الضعف والوهن والخنوع. وليس ذلك بالأمر السوي أو المقبول.

القلق وروح الدعابة

من بين الأعراض النفسية لمريض القلق أيضا نقص روح الدعابة Sense of Humor وعدم تقدير النكات، على الرغم من أن ذلك جانب مهم في الحياة يسرها ولا يدع الفرد يكابدها.

ب - الأعراض الجسمية

تتشابه الأعراض الجسمية للقلق مع متلازمة الأدرينالين Adrenalin Syndrome، بسبب الخوف المستمر كذلك إفراز الدرقية للثايروكسين Thyroxin، وتتضح المظاهر الجسمية للقلق[٦٨] في واحد أو أكثر من الأجهزة الستة التالية:

١ - الجهاز الحركي

تشيع أعراض الصداع وآلام الرقبة والظهر، مع سهولة حدوث التعب، والضعف والتوتر في أية مجموعة من العضلات الهيكلية، ويمكن أن

تحدث الرعشة والألم عند القيام بحركة، وربما يبرز عدم الاستقرار والرعونة في الإتيان بالحركات الدقيقة، وعدم الثبات، ويمكن أن يظهر الصوت المرتجف المتقطع.

٢ - الجهاز الهضمي

توجد أعراض فقد الشهية، وعسر الهضم والغثيان، والقيء، والشعور بالانتفاخ، وكذلك انتفاخ البطن بالغازات، ومذاق مرير للفم، والإمساك أو الإسهال أو اضطراب المعدة، مع غصة في الحلق وصعوبة في البلع، وجفاف في الحلق، وحدوث آلام قبل الوجبات أو بعدها. وقد يصاب مريض القلق بواحد أو أكثر من هذه الأعراض، وحده أو في علاقات متبادلة بعضها مع بعض، ومن المحتمل أن يؤدي خلل الوظائف المعدية إلى قرحة في المعدة.

٣ - الجهاز التنفسي

قد يكون من بين الأعراض في هذا الجهاز قصر التنفس وانقباض الصدر مما يسبب الضيق.

٤ - الجهاز القلبي الوعائي

قد توجد آلام في الصدر تماثل نوبة الذبحة، أو ألم في الصدر يمكن أن يصاحبه الخفقان والإحساس بالاختلاج، أو الإحساس بأن شيئا يضغط على الصدر، أو الإحساس بسخونة الوجه واحمراره، وكذلك ارتفاع ضغط الدم.

٥ - الجهاز التناسلي البولي

مثل تكرار التبول وإلحاحه، وقد يكون ذلك مزعجا، وأحيانا تتناقص الاهتمامات الجنسية، وقد تحدث عُنة لدى الرجال، وعدم انتظام الطمث أو

البرودة عند النساء، مع احتمال حدوث خلل في هذه الوظائف.

٦ ـ الجهاز العصبي المركزي

تحدث أعراض مثل : الأرق ونقص التركيز، والتهيج، والكوابيس، والنسيان، وفرط الحساسية للعمليات الجسمية العادية (كالنبض ودقات القلب)، وكلها يمكن أن تكون شكاوى خطيرة. بالإضافة إلى شحوب وزغللة ودوار شديد والأنيميا وأرتكاريا ونقص في الوزن، مع مبالغة في المنعكس العضلي التوتري، وزيادة في إفراز عرق اليدين والقدمين.

والسؤال المهم الآن: هل تجتمع كل هذه الأعراض جميعا لدى المريض الواحد ؟

نوعية الأعراض

لا توجد كل هذه الأعراض لدى كل مريض بطبيعة الحال، بل تتركز شكاوى المريض حول جهاز أو عضو معين، لذلك يسمى «بالعصاب الذي يتركز حول عضو معين» Organ neurosis. وقد تؤثر في ذلك عوامل بيئية مهيئة كأن يولد المريض بجهاز أو عضو ضعيف (فقد وجد أن الصداع نفسي المنشأ أو عسر الهضم ينتشر في عائلات معينة)، أو قد يرجع إلى عوامل مكتسبة نتيجة مرض أو إصابة في جهاز معين، وقد يؤثر نوع العمل (إذ يصاب أصحاب الأعمال العقلية بالصداع، على حين يصاب العمال اليدويون بالرعشة)، كما تؤثر العوامل السيكولوجية[١٩]، ويفسر ذلك على ضوء مبدأ «نوعية الاستجابة» أو «نوعية الأعراض» Symptom Specificity[٢٠].

وحتى تتضح كيفية قياس مثل هذه الأعراض من ناحية عملية نعرض فيما يلي لأحد طرق قياس القلق التي تستخدم أعراض القلق أساسا لوجودها.

٣ . قياس القلق

يقاس القلق العصابي بطرق عدة منها الاستخبارات Questionnaires والقوائم Inventories وهي مجموعة من العبارات أو الأسئلة التي يشتمل كل منها غالبا على مؤشر أو عرض للقلق، ويجيب عنها الشخص نفسه غالبا بوضع دائرة حول أحد البديلين : نعم /لا، أو البدائل الثلاثة : نعم ، أحيانا/لا، أو البدائل الخمسة. لا / أحيانا / متوسط / كثيرا /كثيرا جدا[٢٦]. ويتاح الآن عديد من استخبارات القلق كمقياس «تايلور» للقلق الصريح TMAS، وقائمة القلق (الحالة والسمة) STAI من وضع "سبيلبرجر " وزملائه، ومقياس «كاتل» للقلق الصادر عن معهد قياس الشخصية والقدرات IPAT[٣٣]. هذا فضلا عن عدد غير قليل من القوائم أو الاستخبارات التي تقيس أنواعا خاصة من القلق، كقلق الامتحان والموت والجنس والتواصل وغيرها. وقد جمع أحد الباحثين ما يربو على ١٥٠ مقياسا للقلق من نوع الاستخبارات.

كما يقاس القلق العصابي أيضا بعديد من الطرق الفيزيولوجية المتصلة ببعض وظائف أعضاء الجسم، فضلا عن خواتم الصمت ومقاييس التعبير، والتي يتطلب كل منها بحثا مستقلا .

وحتى يخرج القارئ بفكرة أوضح عن استخبارات القلق، نورد في جدول (٢) نص مقياس جامعة الكويت للقلق.

مقياس جامعة الكويت للقلق

وضع كاتب هذه السطور بنود هذا المقياس اعتماداً على المصادر الآتية

جدول (٤) مقياس جامعة الكويت للقلق

التعليمات: هناك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي: نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما.

ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. وليست هناك عبارات خادعة. أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا في المعنى الدقيق لكل عبارة، ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

م	العبارة				
١	أعصابي مشدودة	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٢-	أشعر بالخوف . ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٣-	أعاني من ضيق في التنفس	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٤-	أفكر في أمور مزعجة .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٥-	قلبي يدق بسرعة	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٦	أصاب بدوخة أو دوار.	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٧	أتوقع أن تحدث أشياء سيئة. .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٨-	أنا شخص عصبي	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٩-	دقات قلبي غير منتظمة.	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٠-	أتعرق بعصبية...	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١١-	أخاف أن أفقد السيطرة على نفسي .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٢-	أنا متوتر	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٣-	أشعر بالقلق. ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٤	أنا غير مرتاح .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٥	أنشغل بقلقي. ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٦	تمر بذهني مخاوف (غير مفيدة)	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٧	عضلاتي متوترة... . ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٨	أنا مترقب	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٩	أشعر بالانزعاج .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٢٠	أنا منشغل (غير مستقر) ،	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما

١- مراجع علم النفس المرضي والطب النفسي المتعلقة بالقلق

٢- التصنيفات العلمية النفسية المرتبطة باضطرابات القلق.

٣- الخبرة الخاصة لمؤلف المقياس

واعتماداً على هذه المصادر وضع مؤلف المقياس ٤٧ عبارة موجزة ضمنها الطبعة الأولى من هذا الكتيب. ثم قدمت هذه البنود لسبعة من المحكمين المتخصصين (أعضاء هيئة تدريس في قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الكويت) وطلب من كل منهم – منفرداً – أن يضع – تبعاً لمقياس تقدير متدرج – وزناً لكل بند تبعاً لمدى كفاءته في قياس سمة القلق بوجه عام. ثم حسب متوسط تقديرات المحكمين، واستبعدت البنود التي حصلت على متوسط تقديرات منخفضة. بعد ذلك حسب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد هذا البند، وحذفت البنود ذات الارتباطات المنخفضة بالدرجة الكلية، وأخيراً استقر المقياس على عشرين بنداً (عبارة موجزة) تمثل الصيغة النهائية للمقياس (انظر جدول ٢). يجاب عنها على أساس مقياس رباعي: ١= نادراً، ٢= أحياناً، ٣ = كثيراً، ٤= دائماً. والدرجة الدنيا على المقياس = ٢٠ والعليا = ٨٠.

واستخرج من التحليل العاملي لبنود المقياس ثلاثة عوامل ذات تشبعات مرتفعة: معرفية وسلوكية وجسمية، مع ارتباطات متوسطة بين العوامل. وتراوحت ارتباطات البنود بالدرجة الكلية بين ٠,٣٧ و ٠,٧٤.

وتراوحت معاملات ثبات المقياس بين ٠,٨٨ و ٠,٩٢ (كرونباخ: ألفا)، وبين ٠,٧٠ و ٠,٩٣ (إعادة التطبيق)، وتشير إلى اتساق داخلي واستقرار

يتراوح بين جيد ومرتفع . أما الصدق المرتبط بالمحك فقد تراوح بين ٠,٧٠ و ٠,٨٨ (خمسة محكات)، في حين وصلت تشبعات الدرجة الكلية للمقياس على عامل عام للقلق إلى ٠,٩٢ ، و ٠,٩٥ في تحليلين عامليين، ويؤكد ذلك الصدق المرتبط بالمحك والصدق العاملي للمقياس. كما تمت البرهنة على الصدق التمييزي للمقياس كما طبق على عينات سوية ومرضى قلق، ووصل معامل الارتباط بين هذا المقياس والاكتئاب إلى ٠,٦٥ . وطبق المقياس على عينات كويتية كبيرة من طلاب الجامعة والمرحلة الثانوية من الجنسين، وحصل المراهقون الذكور على متوسط أعلى جوهرياً من طلبة الجامعة الذكور، وحصلت الإناث على متوسطات أعلى من نظرائهن من الذكور، وتتاح للمقياس معايير كويتية، وصيغة إنجليزية متكافئة.

ويعد هذا المقياس الماحين بأداة بحثية ذات خصائص جيدة، فضلاً عن إمكان استخدامه لتقدير الاستعداد لتطوير القلق بوجه عام لدى المراهقين والراشدين. وقد سمي هذا المقياس باسم جامعة الكويت، حيث دعمت إدارة الأبحاث بها – مشكورة – الدراسة الأساسية التي هدفت إلى تأليفه.

• • •

وإذا كان الأساس في تشخيص القلق - في مجال علم النفس - هو المقاييس النفسية، فمن الأهمية أن نعرض لوجهة نظر علماء نفس الشخصية الذين يهتمون بدراستها بمنهج التحليل العاملي، وهو منهج إحصائي رياضي يبدأ بمعاملات الارتباط بين مجموعة من الاختبارات في مجال محدد، ثم تلخص هذه المعاملات الكثيرة إلى مكونات Compoments أو عوامل Factors ذات عدد أقل، تفسر الظاهرة بأقل عدد من المفاهيم المختزلة التي تستوعبها.

٤ ـ التحديد العاملي للقلق بالاختبارات الموضوعية

القلق من وجهة نظر التحليل العاملي أحسن مثال لبعد الدستيميا إذ ترتفع فيه درجتا العصابية والانطواء. وفي مقابل ذلك يذكر «آيزنك، ريتشمان»[٢٣٣] أن من لديهم درجة عصابية منخفضة «درجة انبساط مرتفعة – أقل مقاومة للاضطرابات العصبية». ومن وجهة نظر عامة وكما يذكر «كرلمان»[٢٤٤] تبعا لدراسات كل من «شاير، موتوري» فإن المريض القلق يتميز بأنه يميل إلى أن يكون منظرها حساسا شكاكا مثابرا، وذا مستوى طموح مرتفع بدرجة غير واقعية، ويشعر بمشاعر عميقة بالذنب إذا لم يستطع أن يصبح المهار الذي يعده لنفسه موضع التعهد». ويتوافر الآن عدد لا بأس به من المقاييس الموضوعية ومعظمها فيزيولوجية تقيس القلق بوصفه حالة وسمة. ومعظم هذه المقاييس التي سنوردها نتيجة دراسات «كاتل و شاير»[٢٣٤].

فقد وُجد هذان المؤلفان أن المتغيرات الفيزيولوجية المحدِّدة لعامل القلق النفي بدرجة جوهرية إحصائيا هي : زيادة ضغط الدم الانقباضي، زيادة معدل ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، زيادة معدل الأيض القاعدي، زيادة إفراز حامض Phenyl hydracrylic في البول، نقص مقاومة الجلد للتيار الكهربي، زيادة حامض Hippuric في البول، زيادة إفراز 17-OH Ketosteroid نقص قلوية اللعاب، نقص الكولين إستيريز في الدم، زيادة الهستادين في البول، تناقص تركيز البول، نقص Glucuronidase في البول والدم وغيرها.

أما المتغيرات غير الفيزيولوجية المحددة لعامل القلق تبعا لكاتل فقد تراوحت تشبعاتها بين ٠،٥٦ ، ٠،١٨ وكلها موجبة. ولكن التشبعات التي تقل من ٠،٣ تعد محل سؤال، وتنفذ بها «كاتل»، وعلى كل حال فالمتغيرات بالترتيب مبتدئة بأعلى التشبعات هي : القابلية الزائدة للانزعاج، الاستعداد

المرتفع للاعتراف بالأخطاء العامة، الميل المتزايد إلى الموافقة، بطء زمن الرجع، ضغط منخفض عند الكتابة، انخفاض القوة البدنية بوجه عام، ارتفاع نسبة الأحكام المشوهة، ارتفاع معدل الإشراط، انخفاض ثبات اليد، ارتفاع الانفعالية بالنسبة للنقد، ارتفاع نقد الذات، انخفاض سرعة الحكم الإدراكي.

أما عامل القلق كما يقاس خلال فترة من الزمن أو القلق بوصفه حالة متقلبة أكثر منها سمة في الشخصية فيقاس بالاختبارات الموضوعية والاستخبارات. وبيان المتغيرات في كل منهما كما يلي :

١ ـ الاختبارات الموضوعية :

ارتفاع الكولين إستيريز، ارتفاع حامض الهيبوريك، الاستعداد الزائد للاعتراف بالأخطاء العامة، القابلية الزائدة للمضايقة، ارتفاع معدل التنفس، ارتفاع مستوى هرمون الإستيرويد، ارتفاع معدل ضربات القلب، زيادة ضغط الدم الانقباضي، انخفاض قلوية اللعاب، ارتفاع كمية اللعاب.

٢ ـ الاستخبارات :

انخفاض قوة الأنا، ضعف التحكم في الإرادة، زيادة ضغط الدوافع (التوتر الإرجي)، ارتفاع التعرض للذنب، ارتفاع الاستقلال.

٣ ـ مقاييس أخرى :

يضيف «كاتل وشاير» أنهما لم يجدا أية زيادة في الوزن مع القلق، فإن القلق الدائم يعني نقصا في الوزن. ووجدنا أن طول العظام والعضلات وضبطهما يسير في حالات القلق، ووجدا كذلك أن القلق يرفع أيضى

البروتين، وأن تناقص وزن الجسم مع زيادة القلق والانعصاب، والارتباط الذي تأكد مع الحجم الضئيل للعضلات، كل ذلك يجب أن يوجه اهتمامنا إلى عمليات أيض الأحماض الأمينية[٢٦].

واختبار التهيج بالبارد Cold Presser Test أحد الاختبارات الموضوعية للقلق، وذلك بأن يضع الشخص مقدم ذراعه عاريا في إناء مليء بثلج ذائب. ومن الملاحظ أن الاستجابة في كل الأحوال هي زيادة معدل النبض، ولكن هذه الزيادة أعظم لدى الأشخاص الأكثر قلقا[٢٧]. ومن أكثر الاختبارات شيوعا مقياس القلق الصريح لتايلور TMAS الذي عزله من استخبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، واتضح من دراسات حديثة أنه مقياس جيد للعامل العصابي العام، ولو أنه غير نقي، فله بعض الإسقاط على محور الانطواء. كما يبدو أن هذا القياس لا يقيس الاستهداف للقلق، ولكن وعي الشخص به وردُ فعله تجاهه في حالة وجوده[٢٨].

وبالنسبة للرسام الكهربي للمخ EEG فإن التردد الغالب لدى الأسوياء هو [١٠] دورات / ثانية، وفي حالات القلق (١٦,٢) دورة / ثانية. وقد بين «ستراوس» أن نشاط ألفا (٨-١٢ دورة / ثانية) أقل شيوعا في حالات القلق المزمن بالمقارنة إلى الأسوياء. وتميز هذه النتائج بدرجة جوهرية بين مرضى القلق والأسوياء[٢٩].

ونعرض في الفقرة التالية التشخيص الفارق للقلق من وجهة نظر الطب النفسي.

٥ ـ التشخيص السيكياتري الفارق للقلق

من الأهمية بمكان أن نفرق بين القلق وغيره من الاضطرابات، وذلك على الرغم من أن القلق عرض شائع في معظم الاضطرابات النفسية، ولا

يرى شفاءً إلا نادراً، ويصاحبه درجة من الاكتئاب[٥٠]. ويصنف «لويد ونج»[٥١] أن بعض الأعراض الاكتئابية شائعة مع القلق، ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بالدرجة ذاتها، وقد يتغلب القلق، وقد يتغلب الاكتئاب. ولقد بذلت محاولات كثيرة لدراسة العلاقة بينهما، وبقيت مشكلة غير محسومة على الرغم من أهمية التفرقة بينهما نظراً للفروق في العلاج والمآل Prognosis (التنبؤ بسير المرض). ويُعْتَبَرُ القلق مرضاً الوسواس إذا لم يستطع أن يقوم بطقوسه وأفعاله القهرية. وقد يركز مريض القلق انتباهه على أحد الأعراض كخفقان القلب، ويكوِّن اعتقاداً بأنه مصاب بمرض عضوى خطير، فيبدو كحالة تقليدية لتوهم المرض، ومع ذلك فإنه يمكن بوضوح تشخيص القلق دون شكوك في كل الحالات إلا قليلا.

وفي التجارب التي قام بها هذان المؤلفان[٥٢] في مؤلفهما: «المقاييس الفيزيولوجية والعقاقير المسكنة والقلق المرضي»[٥٣]، يذكران عند اختيارهما لعينة مرضى القلق: أن وجود بعض أعراض الاكتئاب لم تجعلهما يستبعدان أي مريض إذا كانت حالة القلق هي المظهر الأساسي والغالب ... ويضيفان أن العلاقة الوطيدة بين القلق والاكتئاب تجعل اختيار عينة من المرضى المصابين بالقلق دون أي اكتئاب أمراً مستحيلاً[٥٤].

أما عن التطورات التي يمكن أن تحدث من المرض أو مآله، فتأخذ الشكل الآتي: إذا استمر القلق فإن الاضطراب الفيزيولوجي المتسبب عنه يؤدي غالبا إلى توهم المرض والخوف من المرض البدني. وإذا استمر التوتر أدى إلى حالة من النيورستينيا: الإرهاق والتعب ونضوب الطاقة ونقص البلادة مع تناقص التركيز. وقد يصاحب القلق الهستيريا في الجيش، حيث «مركب: القلق - الهستيريا» أكثر شيوعا في الحياة العسكرية عن المدنية[٥٥].

وقد يصاحب القلق أمراض عقلية مثل السوداء الارتدادي Involutional

Melancholy)، وقد يقلق مرضى الفصام المبكر بسبب هلاوسهم[٤١]. وتؤكد الدراسات التجريبية جانبا من هذه الملاحظات، ممن درسين لكاتل وزملائه اتضح أن معظم الفصاميين (مع احتمال استثناء العصابيين في مراحلهم المبكرة) لا يختلفون في مستوى القلق عن الأسوياء. أما الأحداث الجانحون والسيكوباثيون فمستوى القلق لديهم أقل من العادي. أما من يتعاطون المشروبات الكحولية والمدمنون فمستوى القلق لديهم مرتفع جدا بالمقارنة إلى الأسوياء[٤٢]. ويصاحب القلق كذلك أمراض بدنية مثل حالة احتشاء (انسداد) عضلة القلب[٤٣]، وتصلب شرايين المخ، والشلل الاهتزازي وورم الغدة الكظرية[٤٤].

وبعد أن عرضنا لبعض الجوانب القياسية والتشخيصية للقلق نقدم نبذة من أحد الطرق المهمة لعلاجه.

٦ العلاج السلوكي للقلق

تتعدد طرق علاج القلق العصابي، ويبرز من أهمها أسلوب العلاج الكيمياوي[٤٥] (العقاقير المضادة للقلق [illegible] أو مطمئنات القلق) وأساليب العلاج السيكولوجية. والأسلوبان الأساسيان في الطرق السيكولوجية هما التحليل النفسي Psychoanalysis والعلاج السلوكي Behaviour Therapy.

وقد وضع «فرويد» Freud أسس العلاج بالتحليل النفسي التقليدي ومارسه، مفترضا أن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية. وهو يعتقد أن كل شخص «يكبت»[٤٦] أو يدفع من الشعور الخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلا عن الرغبات والصراعات. وعندما تكبت هذه المواد تصبح لا شعورية، ومع ذلك فهي تؤثر في السلوك الشخصي والاجتماعي للأفراد دون أن يكونوا على وعي بالسبب الحقيقي لأفعالهم وأقوالهم. ومن ثم يتلخص

الهدف من العلاج بالتحليل النفسي في «جعل اللا شعوري شعوريا» ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التي يُفترض أنها تحدد سلوك المريض، ويجعله المعالج على وعي بها. ثم يساعده على التعامل معها بطريقة أكثر ملاءمة[42]. ويعتمد التحليل النفسي على عدد من الطرق الفنية أهمها : التداعي الحر وتحليل الأحلام والتعامل مع المقاومة وتفسير التفسير وحسم عملية التحويل .

وتجدر الإشارة إلى أن التحليل النفسي بوصفه طريقة علاجية قد تلقى نقدا شديدا من جوانب عدة. ويلخص «أيزنك، ورخمان»[43] الفروق بين التحليل النفسي والعلاج السلوكي كما هو وارد في جدول (٣) .

جدول (٣)

الفروق بين التحليل النفسي والعلاج السلوكي

التحليل النفسي	العلاج السلوكي
١ . يعتمد على نظرية غير مترابطة لم توضع أبدا بطريقة مبنية على هيئة مسلمات.	١ . يعتمد على نظرية متسقة معدة التكوين وتؤدي إلى استنتاجات يمكن اختبارها.
٢ . مشتق من الملاحظات الإكلينيكية وتم دون [illegible] إلى ملاحظات مضبوطة أو [illegible].	٢ . مشتق من الدراسة التجريبية المصممة بوجه خاص لاختبار هذه النظرية الأساسية والاستنتاجات الناتجة عنها.
٣ . يعتبر أن الأعراض الملاحظة نتاج لأسباب لا شعورية (عقد).	٣ . يعتبر أن الأعراض استجابات شرطية غير تكيفية .
٤ . ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على الكبت.	٤ . ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على تعلم خاطئ .

٥ . يعتقد أن الأعراض تستبعد عن طريق تحليل الدينامية.	٥ . يعتقد أن الأعراض تتكون نتيجة للفروق الفردية في القابلية للإشراط والقلق أو عدم الثبات الأوتونومي بالإضافة إلى الظروف البيئية.
٦ . يجب أن تعتمد كل أنواع العلاج على أساس نظرة تاريخية.	٦ . يهتم كل علاج للاضطرابات العصابية بالعادات الموجودة في الحاضر دون اهتمام كبير بأساسها في الماضي.
٧ . يتحقق الشفاء عن طريق تناول الديناميات الكامنة (اللاشعورية) وليس بعلاج الأعراض نفسها.	٧ . يتحقق الشفاء بعلاج العرض نفسه أي بإطفاء الاستجابات الشرطية غير التكيفية وتكوين استجابات شرطية مرغوبة.
٨ . تفسير الأعراض والأحلام والأفعال وغيرها عنصر مهم في العلاج.	٨ . حتى إذا لم يكن التفسير ذاتيا وخاطئاً تماما فلا علاقة له بالعلاج.
٩ . يؤدي علاج الأعراض إلى ظهور أعراض جديدة.	٩ . يؤدي علاج الأعراض إلى شفاء دائم، بشرط إطفاء الاستجابات الشرطية الأوتونومية والهيكلية.
١٠ . تعد علاقات التحويل أساسية في شفاء الاضطرابات العصابية.	١٠ . العلاقة الشخصية بين المعالج والمريض ليست أساسية لتحقيق شفاء الاضطرابات العصابية، إلا أنها قد تكون مفيدة في ظروف معينة.

وسنخصص الجزء التالي من هذه الفقرة لبيان أهم خصائص العلاج السلوكي.

معالم العلاج السلوكي

يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم الشرطي وعلم النفس التجريبي، والعلاج السلوكي هو تطبيق لإجراءات الإشراط التقليدي ونظريات التعلم في علاج المرض النفسي أو العصاب. والعصاب إما أنه استجابات غير تكيفية مكتسبة، أو فشل في اكتساب استجابة تكيفية. ويقوم العلاج في هذه الطريقة على أساس علاج الأعراض، فالعرض هو المرض، والسلوك المضطرب ليس عرضا لاضطراب كامن، ولكنه اضطراب في حد ذاته. واعتمادا على ذلك تركز الطرق العلاجية السلوكية على السلوك المختل، ولا تعطى عناية كبيرة بأسباب المرض، وتضع أهدافا للعلاج محددة بشكل واضح، وقابلة للقياس موضوعيا، وتتحكم في خبرة المريض حتى يحدث عدم تعلم للعادات القديمة، ويتم تعلم عادات جديدة[٩٤]، مع التسليم بأن السلوك الشاذ يمكن تعلمه في مرحلة الرشد مثله في ذلك مثل مراحل النمو الأخرى

ويستخدم العلاج السلوكي أساسا مع الراشدين لعلاج الأعراض وأنواع عديدة من السلوك كالقلق والمخاوف المرضية وأنواع الكف التي ترتبط بالاضطرابات العصابية، وكذلك لعلاج الاضطرابات الجنسية وإدمان العقاقير والكحوليات، والتي تعد اضطرابات للطباع أو الخلق[٩٥]. والطرق الفنية المستخدمة حاليا متعددة، تحتوى منها طريقة الكف التبادلي Reciprocal Inhibition من وضع "جوزيف وولبي" Wolpe.

العلاج السلوكي للقلق بالكف التبادلي

يعرف "وولبى" السلوك العصابي بأنه : "أية عادة أو سلوك غير تكيفى مكتسب عن طريق التعلم وله صفة الدوام، لدى كائن حضوى سوى من

الناحية الفيزيولوجية[٦٦]. والقلق عبارة عن محصلات من وجهة نظره، وهو في أساسه استجابة صادرة من الجهاز العصبي اللا إرادي (المستقل) وبخاصة الفرع السمبثاوي، ويوجد نوعان من الاستجابات المشتقة إلا أن جذورهما في هذا القلق ذاته، وهما: الاستجابات الهستيرية والوسواسية، وفي أحيان كثيرة يكتسب الفرد مجموعة عادات حركية معينة مرتبطة بالقلق وتعمل على تخفيف كاستجابات التجنب Avoidance أو إزاحة الانتباه Displacement of attention (الإشاحة) أو الوساوس المزعجة أو المخففة للقلق أو شرب الخمر.

أما من الناحية العلاجية فيخصص «وولبي» الجلسات الأولى (ومدتها ساعة ثم تنخفض إلى ٤٠ دقيقة)، لأخذ تاريخ حياة المريض مع تركيز على الحاضر وليس الماضي وذلك للتعرف إلى:

١ - شكل استجابات القلق والاستجابات الثانوية المترتبة عليه.

٢ - معرفة المنبهات المثيرة لهذه الاستجابات والظروف التي تحدث فيها.

وبعد التعرف إلى النمط الخاص للمنبهات والاستجابات عند المريض، يكون الهدف هو إضعاف الرابطة الشرطية بينهما بواسطة الكف الشرطي، وذلك بتعزيز أو تقوية بعض الاستجابات المضادة بما يناسب حالة المريض وطبيعة منبهات القلق لديه. وعند هذه النقطة بالذات يستطيع المعالج السلوكي أن يقوم بالاستفادة من كل بحوث التعلم وقوانينه (ومنها مثلا وضع اعتبار لأثر الكف الرجعي في طول الجلسة، وعلاقة سرعة التعلم بدرجة الانطواء وغيرها). بل إن المعالج يجد نفسه أحيانا يقوم بعمليات تعلم وتدريب تلقيني.

ويذكر «وولبي» ثمانية أنواع من الاستجابات المضادة للقلق أهمها ثلاث هي:

١ - الاستجابات التوكيدية للذات.

العميق، تكوين مدرج القلق، تنفيذ عملية التسكين، ونفصلها فيما يلي:

أ ـ التدريب على الاسترخاء.

يتعلم المريض الاسترخاء Relaxation في بضع جلسات، ويبدأ بإدراكه لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ التدريب بمجموعات عضلية محددة (واحدة واحدة) حتى تشمل جسم المريض كله.

ويُعرِّف المعالج المريض بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويطلب منه أن يمارسه بين الجلسات، وأن يعتق الاسترخاء الفارق (إرخاء العضلات التي لا تكون في حالة استخدام أو نشاط)، مع التأكيد على اللجوء إلى الاسترخاء حينما يتعرض للقلق، ويخبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره متوقفة على قدرته على أن يستبدل الاسترخاء بالقلق.

ب ـ تكوين مدرج القلق :

مدرج القلق Anxiety hierarchy قائمة من الأشياء والمواقف التي تثير القلق لدى المريض، ويتعاون المعالج مع المريض في تكوين هذه القائمة، ويتم ذلك عن طريقين: أولهما المواقف والأشياء والموضوعات التي يذكرها المريض بوصفها مثيرات للقلق، وثانيهما فحص إجابة المريض عن بعض استخبارات القلق مثل: «قائمة ولبي للميل العصابي»[99] أو قائمة مسح المخاوف»[100]. ثم ترتب هذه المواقف تبعاً لشدة إثارتها للقلق لدى المريض، بحيث تبدأ من أقلها إثارة للقلق وتنتهي بأعلاها.

ج ـ تنفيذ التسكين:

يطلب من المريض أثناء الجلسة أن يتخيل بوضوح الموقف أو المنظر الأول في مدرج القلق (أقلها إثارة للاضطراب). ولا يكون مثل هذا الموقف

في العيادة مرتاحا أو مسترخيا، ويستمر المريض في تخيل هذا المنظر بضع ثوان قبل أن ينتقل إلى الموقف التالي له. ويتم ذلك بعد مراجعة لتمرينات الاسترخاء في أول الجلسة. وإذا كان الموقف المتخيل مثيرا للقلق (ويبين المريض ذلك برفع إصبعه السبابة) يطلب منه استدعاء تمرينات الاسترخاء على الفور. وحيث إن الفرد لا يمكن أن يكون قلقا ومسترخيا في وقت واحد، فإن قدرة هذا المنبه على إثارة القلق تتناقص، وبتكرار هذه المحاولات يتناقص القلق، فينتقل المريض إلى المنبه التالي في مستوى القلق (الأكثر إثارة للقلق). ويتكرر ذلك حتى يصل المريض إلى أعلى مستوى يثير القلق. تتلخص عملية التسكين إذن في تطبيق مبدأ الكف المتبادل: تستبدل باستجابة شرطية (القلق) استجابة أخرى (الاسترخاء) حتى ينتهي قلق المريض[104].

• • •

وبعد أن عرضنا للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا في الفصل الأول، ولطرق تشخيصه وقياسه وأحد أساليب علاجه في الفصل الثاني، نقدم تطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الثالث.

٢ ـ الاستجابات الجنسية.

٣ ـ استجابات الاسترخاء العضلي العميق.

وتوجد أنواع أخرى منها الاستجابات الحركية والنفسية، وتتضمن الأخيرة استنشاق مخلوط يتكون من ٧٠٪ من ثاني أكسيد الكربون و ٣٠٪ من الأكسجين[٤٧]، وتحدث الطريقة الأخيرة إرخاء كاملا للعضلات وتؤدي إلى شفاء سريع وكثيرا ما يكون دائما للقلق الشامل .

ويعرف «وولبي»[٤٨] مبدأ الكف المتبادل الذي يعد أساس الإجراءات العلاجية كما يلي:

> «إذا استطعنا أن نُحدث استجابة مضادة للقلق، في حضور المنبهات المثيرة للقلق، فإن يصحبها قمع كامل أو جزئي لاستجابات القلق، وتضعف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق».

ولتحقيق مبدأ الكف المتبادل عمليا فقد وضع «وولبي» طريقة التقليل المنظم للحساسية أو «التسكين المنظم» Systematic desensitization وتفصله فيما يلي:

التسكين المنظم:

يعتمد مفهوم التسكين المنظم على إجراء طبي معروف يتلخص في إعطاء جرعات متزايدة من مادة مثيرة للحساسية Allergies للذين يعانون من حمى القش Hay fever، وتسمى هذه العملية بالتسكين التدريجي. وينفذ «وولبي» التسكين المنظم (والذي يعتمد على مبدأ الكف المتبادل) في الجلسة العلاجية اعتمادا على عناصر ثلاثة هي : التدريب على الاسترخاء العضلي

الفصل الثالث

تطور القلق

نعرض في هذا الفصل بعض الجوانب النظرية في تطور القلق، فنقدم لمفاهيم النمو والارتقاء والثبات والتغير والتنبؤ بالتطور ومطالب النمو، مع إيراد بعض الدراسات السابقة عن تطور القلق السوي والمرضي تبعا للعمر، وذلك تمهيدا للفصل التالي الذي سيعرض لبعض الدراسات العربية في تطور القلق. ونتقدم فيما يلي لمفهومي النمو والارتقاء أو التطور.

١ - مفهوما النمو والتطور

يعد النمو Growth وكذلك الارتقاء أو التطور Development كلا من العمليات الفيزيولوجية والنفسية والبيئية، والتي تكون بطبيعتها مستمرة منتظمة، وتتسبب في تغيرات في المكونات الفيزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والخلقية للكائن العضوي. ويشير النمو إلى التغيرات العضوية، ويتسم بأن له طبيعة كمية، على حين يشير التطور أو الارتقاء بوجه عام إلى التغيرات الوظيفية أو غير العضوية، ويتصف بطبيعة كيفية. ومن ثم فإن التطور أو الارتقاء مستمر مدى الحياة، ويغطي الوجود الإنساني بأسره، على حين أن بعض جوانب النمو تصل إلى نقطة النضج، ثم لا يتحقق بعدها مزيد من التغير[١٠٢]. ومن ثم يمكن تعريف التطور أو الارتقاء بأنه سلسلة متتابعة من التغيرات الكيفية في الشكل أو التنظيم أو أنماط السلوك لدى الكائن العضوي من المولد حتى الوفاة، كما أنه عملية مركبة من تكامل معقد من الأبنية والوظائف[١٠٣].

ويختلف التطور عن النمو في أن الأخير تغير كمي، أو تزايد في الحجم أو المقدار، على حين يتسم التطور بزيادة التركيب وتنظيم المكونات ومثانتها.

ويتضمن كل من النمو والتطور تغيرات يمكن أن تكون إيجابية في طبيعتها، ومع ذلك فيجب أن نلاحظ أن التغيرات يمكن أن تحدث أيضا في اتجاه التدهور، فيبدأ الضمور ويظهر الهزال. ولذا فيتعين ألا نرادف بين النمو والتطور والتغير الإيجابي، فعندما نقول: تطور القلق أو ارتقاؤه مثلا، فإن ذلك يعني في المقام الأول تغير معدله سواء أكان ذلك هبوطا أم ارتفاعا. ونعرض فيما يلي لوجهتي الثبات والتغير في مجال الشخصية بعامة والقلق بخاصة.

٢ ـ وجهتا الثبات والتغير

هناك وجهتان أساسيتان للنظر في مجال تطور الشخصية (ومنها القلق): رأي يرى أن لسمات الشخصية ثباتا مرتفعا من مرحلة عمرية إلى أخرى، أما الآخر فيعتقد أصحابه في أن التغير هو الخاصية الأساسية التي تتسم بها الشخصية. وغالبا ما تكون أوسط الآراء أصوبها، إذ نعتقد أن للشخصية ثباتا بدرجة معينة، فهذا الثبات نسبي وليس مطلقا.

فيرى أصحاب الرأي الأول ضرورة التعويل على ثبات الشخصية واستمراريتها، وقد أكد على ذلك المحللون النفسيون بالنمو النفسي، على حين نجد أن غيرهم من الباحثين المهتمين بالنمو النفسي قد ركزوا على المواقف الموجهة للسلوك، اعتمادا على أن سمات الشخصية تتميز بالثبات النسبي والاستقرار عبر الزمن في حالة عدم تغير المواقف التي يتعرض لها الفرد، وهذا ما يؤكده علماء النفس الاجتماعي الذين يرون أن ثبات سمات الشخصية يتحدد في ضوء توقعات الدور الذي يتغير عبر الزمن

ومن ثم فقد تعددت دراسات تطور الشخصية وتنوعت مناهجها ما بين دراسات مستعرضة Cross - Sectional وأخرى تتبعية أو طولية Longitudinal. وتعزز البحوث الطولية المتوافرة، الفكرة العامة المتعلقة بالثبات أو الاستمرارية فى تطور سمات الشخصية كلما انتقلنا من مرحلة عمرية إلى أخرى. وتؤكد هذه البحوث أن سمات الشخصية تكون أكثر استقرارا بين المراهقة المبكرة والمتأخرة وبين بداية الرشد ومنتصف العمر وبخاصة فيما يتعلق بالسمات المعرفية والمزاجية للشخصية. وعلى ذلك فإن معيار الحكم على خصائص الشخصية خلال هاتين المرحلتين بما تتسمان به من استمرارية فى ارتقاء السمات، يمكن أن يزودنا بمعلومات نستطيع التنبؤ منها بما ستكون عليه شخصية الفرد فى حياته المستقبلية. وهذا يعنى أن التقدم فى العمر لا يمثل اختلافا كيفيا بل كميا، إذ تتغير الدرجة على سمات الشخصية كلما تقدمنا نحو الشيخوخة نظراً لما يتسم به التقدم فى العمر من ضعف وتدهور[10].

ويرتبط بمسألة ثبات الشخصية وتغيرها سؤال مهم مؤداه: هل يمكننا التنبؤ بتطور الشخصية؟

٣ - التنبؤ بتطور الشخصية

الواقع أن تطور الشخصية عملية دينامية مستمرة تتناول مختلف جوانب الشخصية بوصفها وحدة نفسية جسمية متكاملة ومتفاعلة، ومن الجلى فى واقع الأمر أن بعض جوانب الشخصية تكون أسرع فى تطورها فى بعض المراحل العمرية من جوانب أخرى، خاصة وأن الشخصية في تغير نسبي مستمر منذ بدء تكوينها، وذلك نتيجة للتفاعل المستمر بين إمكاناتها الموروثة وظروفها البيئية التى نعيش فيها متأثرة بها ومؤثرة فيها. فكل وقت يمر على الشخص أو حدث يتعرض له أو ظرف يحيط به يُحدث تغييرا قل أو كبر فى هذا الكل الدينامى المتكامل من أجهزته النفسجسمية. وكلما كان التغير الذى

يحدث في الشخصية نحو الأفضل وصفناه بأنه تطور في الشخصية أو أحد جوانبها. أما إن كان نحو الأسوأ وصفناه بأنه تدهور في الشخصية أو في أحد جوانبها[٢٠٦] على أن عددا من المؤلفين يستخدمون مصطلح «تطور» بمعنى «تغير» بصرف النظر عما إذا كان إلى الأحسن أو إلى الأسوأ.

وقد دلت البحوث المتعلقة بالتنبؤ، على أن الشخصية الناضجة المتوافقة في الرشد إنما هي انعكاس لطفولة هادئة خالية نسبيا من الصراعات الأسرية. كما أنه على ضوء التوافق في مرحلة المراهقة يمكن التنبؤ بمدى التوافق في مرحلة الرشد. ويرى «إريكسون» Erikson أن الشخصية تتطور في سلسلة من المراحل السابقة وتتداخل معها. أما «كارل يونج» C.G Jung فيرى أن التخطيط للتغلب على مشكلات الحياة في النصف الثاني من العمر، (الذي يبدأ من الخامسة والثلاثين إلى الأربعين عاما) يختلف عن النصف الأول من العمر، حيث يرتكز انتباه الشخص السوي نحو ذاته ونزعاته الفريدة والمتميزة، بعد أن كان يعتمد على أسرته كلية[١-٦].

ننتقل فيما يلي من سياق الشخصية بوجه عام إلى مجال القلق بوجه خاص (وهو أحد مكوناتها في بعض النظريات). وقبل أن نعرض لبعض الدراسات توضح ما نقصده بمفهوم «تطور القلق».

٤ ـ المقصود بتطور القلق

ما الذي نقصده بتطور القلق؟ إن معنى هذا التعبير الاصطلاحي لا يرادف قولنا : مراحل التطور أو الارتقاء[٣٠٦] التي يحدثها القلق، بل الأصوب أن نرادف بين تطور القلق ومستويات القلق عبر مختلف المراحل العمرية، فهي دراسة لتطور القلق عبر الأعمار، كأن نقارن بين مستوى القلق في كل من الطفولة والمراهقة والرشد مثلا. والافتراض الأساسي هنا أن المراحل المختلفة للنمو التي يمر بها الإنسان يمكن أن ترتبط بمستوى معين

من القلق، تتناسب مع كل من ظروف هذه المرحلة، ومطالب النمو أو التطور والضغوط التي تفرضها كل مرحلة على الإنسان عندما يمر بها . . . وغير ذلك كثير. والمثال البارز لذلك مطالب التطور التي تفرض على الإنسان لدى انتقاله من الطفولة إلى المراهقة، والتي يفترض أنها تؤثر في مستوى القلق لديه.

ونود أيضا أن ننبه إلى أن مصطلح «تطور القلق» ـ في هذا السياق ـ لا يعني أن القلق يتطور إلى غيره من الاضطرابات (الأشد والأعنف بطبيعة الحال كما يفترض)، كما لا يعني المصطلح الأساسي ذاته أننا سنكرس اهتمامنا لنفحص ما سيؤول إليه القلق فيما سيأتي من أيام، فذلك مبحث عنده في علم النفس المرضي خاص يبحوث المآل Prognosis . وأخيرا وليس آخرا لا نقصد بمصطلح «تطور القلق» أن القلق سيتطور بشكل مطلق من مرحلة إلى أخرى بما يعني تزايد معدله أو نقصانه . وهذا أمر مستقل بطبيعة الحال عما يمكن أن نفحصه من فروض عن فروق في القلق بين مختلف مراحل العمر .

ويشيع في التراث السيكولوجي المعاصر ـ بشكل محدود ـ مصطلح «القلق التطوري» Developmental Anxiety . ولم يُستخدم هذا المصطلح في علم النفس بوجه عام ليشير إلى نوع معين من استجابة القلق، ولكن الأكثر شيوعا أن يستتبع الباحثون والإكلينيكيون وجود القلق خلال الفترات العصيبة من تطور الفرد (كالمراهقة مثلا)، أو أنهم قد فحصوا أرجاع قلق معينة تميز تطورات سلوكية معينة (مثل قلق الانفصال Separation Anxiety والقلق من الغرباء في فترة الطفولة)[١٠٨].

ومن أهم هذه الفترات العصيبة : المراهقة حيث يُظهر المراهق أعلى درجات القلق نتيجة التغير في مظهره، وكذلك في السن المتقدم، حيث يمكن أن

يشعر الرجل عند اقتراب سن التقاعد (٦٠ أو ٦٥ عاما على اختلاف بين الدول) بأقصى درجات القلق. يظهر العنو ... في المراحل الانتقالية من العمر، حيث تعرف أشكال قديمة للمواجهة بالتصرف، وتكتسب أشكال أخرى جديدة. ومن ثم فإن المراهق يدرك بسبب انفعال ويصبح لديه جسم له أبعاد شبيهة بنظيرتها لدى الراشد. أما الرجل فهو حين التقاعد مباشرة، يصرف بزوغ النظام اليومي للوظيفة (الروتين)، ويفترض أيضا أن وقت فراغه سوف يتضاعف، مالم يطور ميولا واهتمامات جديدة وكل ذلك لا يحدث في يوم وليلة، ولهذا فإن التكيف له يتطلب زمنا"[١٠١].

ونعرض فيما يلي لعلاقة مطالب التطور بالقلق.

■ - مطالب التطور والقلق

للقلق ملامح أساسية ثلاثة: مشاعر ذاتية بالتوجس، وأرجاع فيزيولوجية تلحق بعض وظائف الجسم، وتشوش في العمليات المعرفية الراقية. وهذه الملامح الأساسية عناصر مشتركة تميز انفعال القلق بصرف النظر عن العمر. ولكن تتغير لدى الفرد نتيجة للتطور الجوانب الأربعة التالية:

١ - أساليب الاستجابة للقلق وطرق مواجهته فضلا عن إدراك التهديد.

٢ - تقييم الحوادث على أنها مهددة.

٣ - طبيعة الحوادث الضاغطة المسببة للاضطراب أو للشدة ... التي تعد مطالب للتطور Development Tasks أو علاقاته الأساسية.

٤ - التغيرات في الاستعداد البيولوجي للاضطراب أو الصراع[١٠٢].

ومن أهم مراحل التطور التي تتضمن تغيراً في حياة الإنسان: المراهقة والتقدم في العمر كما أسلفنا ففي هاتين المرحلتين تتغير مطالب التطور،

دخل الفرد في نطاق جماعة اجتماعية جديدة تختلف كثيرا عن الجماعة التي
ينتمي إليها فيما سبق. ويعني ذلك ـ من بين ما يعني ـ التخلي عن بعض
أمان الذي كان الفرد يعيشه، ويحل محله مستقبل مجهول وغير متأكد أو
متحكم فيه.

وقد عالج عالم النفس السويسري الشهير «جان بياجيه» Piaget هذه
المرحلة في نظريته التطورية على ضوء ما أسماه بالجوانب التوازنية البنائية.
كما عالجها «هيجيل» Hegel على ضوء نموذجه الجدل Dialectic للتطور.
والنقطة الأساسية التي تركز عليها هذه النظريات هي أن «مجهولية» النمو
تثير ترسب الصراع، وفي هذا الصراع يثور القلق ويظهر، ويكون لسان
حال الفرد عندئذ تساؤله ضمنيا : ما التهديدات المجهولة التي ستواجهني في
هذا المستقبل المجهول؟ وهل سأكون قادرا على مواجهة هذا التهديد أو
التحكم فيه والسيطرة عليه؟

كما وضعت نظريات تطورية عديدة من أهمها نظرية «هافيجهرست»
Havighurst، حيث ترتبط نظريته بشدة بموضوع المطالب التطورية، والتي
تستند ـ في المقام الأول ـ على التطور البيولوجي والتوقعات الاجتماعية، حيث
تعبر كل منها خلال مجرى حياة الإنسان بأسرها. ومثل هذه المطالب
التطورية يمكن النظر إليها أيضا على أنها مصدر للصراع والانعصاب أو المشقة
بالنسبة للفرد، حيث ينتج منها القلق وينخفض عنها. وكلما تحققت المطالب
التطورية أو حسمت فإن الصراع والانعصاب ينتهيان وكذلك القلق. وكلما
نضج الفرد من الناحية البيولوجية فإن المجتمع يتوقع تغيرا مقبولا ومرغوبا في
سلوك ذلك الفرد، ومن ثم فإن الفرد يواجه بمهمة اكتساب مهارات وقدرات
ومصادر وطاقات جديدة، ويترفع عن إصدار خبراتها القديمة كلما انتقل من
المهد إلى الطفولة، ومن الطفولة إلى المراهقة، ومن المراهقة إلى الرشد

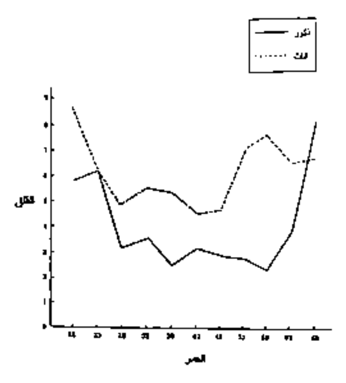
تذكر ١٠ ـ وهكذا حتى الوفاة. ويرجع القول أن الفرد يواجه بسلسلة من التوافقات عبر سني حياته كلما تقدم به العمر.

وقد ألقى «كوهلين» Kuhlen الضوء ـ خلال استعراضه للتغيرات الدافعية عبر سني الرشد ـ على كيفية تغير الأفراد لأنماط الواجهة والتصرف في استجاباتهم للتعبير في كل من الحاجات والاحباطات وتهديدات البيئة والتوقعات، وقد برهن على أن القلق أساسي بوصفه مصدرا للدافعية في السن المتأخر[161]. ونعرض في الفقرة السادسة للتغيرات في منحنى القلق تبعا للعمر.

٢ ـ منحنى القلق السوي عبر العمر

إن قليلا من القلق يعد سويا ويفترض أنه أمر لازم بسبب للنمو، لأن كل تطور يصاحبه قلق[162]. ويبين شكل (٦) التغيرات في مستوى القلق تبعا للعمر خلال مجرى الحياة السوي، ونلاحظ التناقص المستمر والحاد للقلق من المراهقة حتى المراحل المبكرة من النضج، ويبدأ أخيرا في الارتفاع عند الثالثة والستين لدى الذكور، وعند الثالثة والخمسين عند الإناث. ثم يصل إلى الارتفاع الشديد مرة ثانية بعد عمر ٦٥ عاما، حيث يحتاج معه الارتفاع إلى مزيد من الفحص (يلاحظ أن حجم العينات في الطرفين يحتاج إلى إضافة)[163].

وبعد عرض القلق السوي عبر العمر، نقدم للقلق المرضي وتغيره خلال سني الحياة.



شكل (2) : التغيرات في مستوى القلق السوي خلال العمر

٧ ـ القلق المرضي والعمر

توجد درجة من القلق في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وفي الحقيقة فإن القلق مصاحب حتمي للنمو، ولكن حتى إذا كان مزعجا، فإنه لا يؤدي عادة إلى أرجاع قلق في كل من الطفولة والمراهقة. ففي الطفولة يؤدي القلق المزمن إلى اضطراب في العادات مثل قضم الأظافر ومص الأصابع والبوال (التبول اللا إرادي ليلا) أو إلى سمات عصابية مثل. اللزمات (أو الخلجات) Tics والعادات التشنجية والمخاوف المرضية. ويزداد القلق في مرحلة المراهقة، ولكن تأخذ الأعراض شكلا مختلفا من الطفولة.

ويؤدي القلق في المراهقة إما إلى كف شديد أو نشاط زائد. وقليلا ما ينتج عنه أرجاع قلق. وتتضمن المصادر الشائعة لقلق المراهق مشاعر عدم الكفاءة بالنسبة للجماعات، وفي المواقف الاجتماعية الجديدة كمقابلة أفراد من الجنس الآخر، والهموم المتعلقة بالإفراط في الاستمناء (العادة السرية)، والاحتلام (القذف الليلي)، والمخاوف المتصلة بعدم النمو من الناحية التناسلية، أو القصور الجنسي، ونقص الثقة بالنفس فيما يختص بالأداء سواء أكان جنسيا أم اجتماعيا أم رياضيا أم عقليا.

وكلما تقدم العمر - بوجه عام - فيما بين العشرين والسبعين فإن فرص الإصابة بالاضطراب الطبنفسي (السيكياتري) تزيد. وتوجد بالأهمية بالنسبة للرجال فيما بين الأربعين والستين، على ذلك زيادة حادة في احتمال حدوث الاضطرابات السيكياترية فيما بين الستين والسبعين. ويتزايد احتمال الاضطرابات السيكياترية لدى النساء حتى الخمسين، على ذلك - كما يحدث عند الرجال - زيادة حادة بعد الستين في هذه الاحتمالات، ولكن تتناقص الاضطرابات السيكياترية بعد عمر السبعين لدى كل من الرجال والنساء.

ويطلق ليتون Leighton وزملاؤه على الفترة بين العشرين والأربعين من العمر "فترة النضال"، وتستمر النساء في إظهار أرجاع القلق والاكتئاب خلال فترة سن اليأس Menopause وحتى عمر الخمسين. أما الفترة بين الستين والسبعين فإن الإنسان يتعين عليه أن يتصالح أو يتراضى مع جوانب فشله، مع التقدم في العمر والموت والتوقع، ومن ثم فإن القلق والاكتئاب يرتفعان مرة ثانية خلال هذه السنوات العشر. أما تناقص الاضطرابات الطبنفسية (السيكياترية) بعد السبعين فيرجع إلى قدرة معظم المعمرين على التكيف للحياة والموت، وعلى خفض تطلعاتهم وسعيهم مع تحمل أفضل للإحباط[١١٢].

ولكن النتيجة المتعلقة بتناقص الاضطرابات النفسية ومن بينها القلق بعد السبعين في حاجة إلى مراجعة، ذلك أننا يمكن أن نفترض أن تدهور الوظائف البدنية لدى المعمرين عما كان لديهم سابقا يمكن أن تكون مصدرا مهما من مصادر القلق وسببا أساسيا لارتفاع معدله.

وبعد أن عرضنا لتطور القلق بوجه عام نقدم لبعض الدراسات العربية في تطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الرابع.

الفصل الرابع

دراسات عربية في تطور القلق

قدمنا في الفصل الثالث الجوانب النظرية في التطور بوجه عام، وفي تطور القلق بوجه خاص، وننبه إلى أن المادة الواردة في الفصل الثالث تعتمد على نتائج دراسات سابقة غير عربية. أما الفصل الرابع فيعرض لدراسات في تطور القلق أهم مايميزها أنها دراسات عملية واقعية Empirical، أجريت على مفحوصين عرب. ويشتمل هذا الفصل على دراستين أجريت إحداهما على الأطفال، والأخرى على أعمار متباينة تتراوح بين المراهقة والشيخوخة. ونبدأ بعرض أهداف هذه الدراسات ومدى أهميتها.

١ - أهداف الدراسة وأهميتها

الأهداف العامة للدراسة

تهدف هاتان الدراستان التعرف إلى تطور القلق عبر سنين متتالية في الطفولة، وخلال مراحل محددة من المراهقة إلى الشيخوخة، وذلك تبعا لدراسات واقعية عملية أجريت على عينات عربية (مصرية). هذا بالإضافة إلى هدف فرعي لهذه الدراسة وهو التعرف إلى الفروق بين الجنسين في القلق. ولهذا النوع من البحوث : غير قليلة كما سيتضح من الفقرة التالية.

أهمية الدراسة

(١) تركز البحوث الحالية في علم النفس الارتقائي (أو علم نفس النمو) على نمو (وتطور) القدرات العقلية أو الجوانب الحسية والحركية والعضوية وما

شابهها، وتقل هذه البحوث في مجال ارتقاء الشخصية بالنسبة إلى هذه المجالات.

(٢) البحوث العربية في علم النفس الارتقائي بوجه عام، وفي مجال ارتقاء الشخصية بوجه خاص نادرة جدا[١٦٥]، على الرغم من أن لمعرفة محددات النمو والارتقاء أهمية قصوى.

(٣) لبحوث ارتقاء الشخصية وتطورها أهمية نظرية من حيث التعرف إلى اتجاهات التطور ومساره، والكشف عن فترات الزيادة ومراحل النقصان (أو الإسراع والإبطاء بمصطلحات النمو).

(٤) وكما تنتمي هذه البحوث إلى مجال ارتقاء الشخصية فإنها تندرج أيضا تحت مجال علم الأوبئة Epidemiology الذي يهدف إلى تحديد معدلات الانتشار Prevalence Rate، والذي بدأ بدراسة العوامل المؤثرة في تكرار حدوث الأمراض العضوية لدى الإنسان وتوزيعها على السكان، ثم اتسع مجاله ليشمل الاضطرابات النفسية، أي توزيع مختلف أنواع الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية واضطرابات السلوك ومعدلات انتشارها في مجتمع معين[١٦٦].

(٥) ترجع الأهمية التطبيقية لبحوث تطور الشخصية إلى أنها تساعد على تحديد مراحل التطور التي تزداد فيها معدلات السمات المرضية غير المرغوبة تمهيدا لعلاجها قبل تفاقمها.

(٦) تفيد هذه البحوث في الكشف المبكر Early Detection عن المراحل التي تشيع فيها زيادة الاضطرابات النفسية.

وبعد بيان الأهمية النظرية والتطبيقية لهذه الدراسة نعرض للفرض الأساسي الذي نعتمد عليه.

٢ - الفرض الأساسي

نتوقع ظهور فروق جوهرية في القلق بين المجموعات العمرية المختلفة (وبين الجنسين في كل مرحلة). وقد وُضع هذا الفرض اعتمادا على نتائج بحوث تطور القلق، والتي أشارت إلى إمكان تأثر الدرجة على مقياس القلق بالمرحلة العمرية التي يمر الفرد بها[٤٠٦]. كما أن افتراض الفروق بين الجنسين له ما يسوغه في التراث السيكولوجي[٤٠٥].

ونعرض في الفقرات التالية لهاتين الدراستين بقدر من التفصيل.

٣ - تطور القلق لدى الأطفال

تهدف هذه الدراسة[١٦٩] إلى بيان الفروق العمرية والمتصلة بالجنس (ذكور، إناث) في القلق لدى الأطفال. وذلك عن طريق تحديد متوسطات القلق لدى خمس فئات عمرية من الجنسين وهي : ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ سنة.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت عينة الدراسة من تلاميذ وتلميذات عدد من المدارس الإعدادية الحكومية والخاصة بمدينة الإسكندرية، وهي : سان مارك، كلية البنات القبطية، E. G. C، مدرسة الشاطبي الإعدادية بنين، مدرسة الشاطبي الإعدادية بنات. وقد اختيرت من هذه المدارس عشر عينات فتمثل خمس مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول ٤ لبيان عدد أفراد كل مرحلة عمرية). وقد بلغ مجموع أفراد عينة الدراسة (١١١٤) بواقع (٦٤٥) من الذكور و (٥٦٩) من الإناث.

(ب) المقياس

مقياس القلق لدى الأطفال C.A.S. Children's Anxiety Scale[٦١-٥] استمدت بنوده من التراث السيكولوجي والسيكياتري الإكلينيكي وبخاصة المراجع المتخصصة، هذا فضلا عن الخبرة العامة لواضعي المقياس، واعتمادا على هذه المصادر صيغ أربعون بندا صياغة عربية فصحى سهلة. ثم عُرض المقياس المقترح على عدد من المتخصصين في علم النفس. وأدى هذا الإجراء الأخير إلى حذف بعض البنود التي لا تعد مقياسا جيدا للقلق من وجهة نظر هؤلاء المحكمين. ونجم عن ذلك حذف ستة بنود، فأصبح المقياس مكونا من ٣٤ بندا، كما عُدلت صياغة بعض البنود في اتجاه مزيد من التبسيط. وقد طُبق المقياس على عينة من ٩١ تلميذا، ٧٤ تلميذة من تلاميذ المدارس الإعدادية من الصفين الأول والثاني، ثم حُسب الارتباط بين كل بند فردي والدرجة الكلية على المقياس، واعتمادا على ذلك تم حذف بندين فقط. هذا فضلا عن حساب الارتباط بين كل بند ومحك خارجي هو مقياس سمة القلق (صيغة الأطفال) من وضع "سبيلبرجر" وزملائه[٢١٤]، ومن تعريب وإعداد عبد الرقيب البحيري[٢٦٢].

وقد طُبق المقياس الأخير (قائمة القلق : مقياس السمة للأطفال) والمقياس الذي نقدم له على عينة من تلاميذ المدارس الإعدادية وبلغ حجمها (ن = ٦٠، ٧١ على التوالي)، وتم حذف بندين فقط لم يصلا إلى حدود الدلالة الإحصائية، وفضلا عن ذلك فقد تم - على أساس تحكمي - حذف خمسة بنود (وهي البنود التي لها أقل ارتباطات (وذلك ليصل المقياس إلى ٢٥ بندا). تم حللت بنود المقياس بعد ذلك عامليا، فأسفر التحليل الأخير عن حذف بندين ليصبح المقياس مكونا من ٢٣ بندا.

وقد حللت الارتباطات المتبادلة بين بنود المقياس عامليا بطريقة "هو

تنتج" : المكونات الأساسية، ثم أديرت العوامل تدويرا متعامدا بطريقة فاريماكس. واستخرجت من القياس ستة عوامل فسرت كما يلي :

١ - عامل القلق العام.

٢ - المشاعر الذاتية في القلق.

٣ - الأعراض العصبية والعضوية للقلق.

٤ - الجوانب المعرفية للقلق.

٥ - القلق الاجتماعي والأعراض الجسمية.

٦ - الأرق والتوتر.

ووصل ثبات التنصيف بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون إلى ٠,٨٤ (ن = ٣٠) لدى الذكور، ٠,٨٦ (ن = ٣٠) عند الإناث، في حين وصل إلى ٠,٨٧ لدى عينتي الذكور والإناث (ن = ٦٠). وهي معاملات ثبات مقبولة. كما تمت البرهنة على صدق القياس من نواح عدة.

(ج) تطبيق القياس

طبق المقياس في موقف قياس جمعي، مثلت الوحدة فيه الفصل الدراسي في الحلقة الواحدة. وكان عدد التلاميذ في هذه الفصول يتراوح بين ٣٥، ٤٠ تلميذا، وكان الباحث الرئيسي في كل جلسات التطبيق هو الذي يطبق المقياس، مع وجود مساعد يساعده في الجلسة سواء في ملاحظة طريقة التلاميذ في الإجابة أو في جمع الأوراق ومراجعتها.

(د) التحليل الإحصائي

حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الدوامة لكل

مرحلة عمرية من الذكور والإناث على حدة (عشر عينات) واستخدم تحليل التباين في اتجاه واحد. كما حسبت قيم "ت" لبيان دلالة الفروق بين المتوسطات.

النتائج ومناقشتها

يبين الشكل (٣) المنحنى الارتقائي للقلق لدى المجموعات العمرية العشر من الجنسين، كما يبين الشكل (٤) المدرج التكراري للمتوسطات.

ومن ملاحظة الشكل (٣) نجد أن متوسطات القلق متقاربة بين المجموعات العمرية الخمس من الأولاد، وذلك على العكس من مجموعات البنات. ويتجه المنحنى الارتقائي في مجموعات الأولاد من الارتفاع (عمر ١١) إلى الانخفاض (عمر ١٢) ثم الارتفاع (العمران ١٣، ١٤) فالانخفاض (عمر ١٥). أما في عينة البنات فيبدأ المنحنى الارتقائي منخفضاً (عمر ١١) ثم يرتفع ارتفاعاً كبيراً (عمر ١٢) ويواصل ارتفاعه (عمر ١٣) فينخفض انخفاضاً كبيراً (عمر ١٤) وينتهي بارتفاع طفيف (عمر ١٥).

العمر

شكل (٣) : المنحنى الارتقائي للقلق لدى الأطفال

شكل (4) : المدرج التكراري للقلق لدى الأطفال

ويبين جدول (٤) النتائج التي أسفر عنها البحث على عشر مجموعات تمثل خمس مراحل عمرية مختلفة من الجنسين.

جدول (٤) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمتغير القلق لدى عشر عينات مختلفة من الأطفال الذكور والاناث

المجموعة العمرية	ن	القلق لدى عينة الذكور		ن	القلق لدى عينة الاناث	
		م	ع		م	ع
١١سنة	١٦٠	٢٦,٩٥	١٥,٨٥	٩٩	٢٤,٣٥	١٧,٣٣
١٢سنة	١٠٤	٢١,٧٥	١٢,٩٠	١١٧	٤٨,١٩	١١,٩٧
١٣سنة	١٥٠	٢٣,٧١	١٢,٨٨	١٠٧	٥٠,٧٤	١٣,٩٩
١٤سنة	١٥٨	٢٦,٨٧	١٣,٧٧	١٣٩	٢٧,٢٠	١٦,١٤
١٥سنة	١٢٥	٢٢,٠٦	١١,٤٢	١٠٧	٣٠,١٨	١٥,٤٧

يتضح من جدول (٤) أن أعلى المتوسطات في متغير القلق لدى عينات الذكور للفئة العمرية ١١ سنة، يليها مباشرة الفئات العمرية ١٤، ثم ١٣، ثم ١٥، ثم ١٢ سنة. أما فيما يتعلق بعينة الإناث فكان أعلى متوسط للفئة العمرية ١٣ سنة يليها مباشرة الفئة العمرية ١٢، ثم ١٥، ثم ١٤، ثم ١١سنة.

والملاحظ أن أعلى المجموعات العمرية من الذكور لطفلة المجموعتان ١٤،١١ عاما. أما التفسير المقترح لارتفاع قلق مجموعة ١١ عاما مقابلا

مايرجع إلى جانب تعليمي، حيث دخل هؤلاء التلاميذ إلى المرحلة الإعدادية من المرحلة الابتدائية بعد الحصول على السنة الخامسة (وليس السادسة) مما يلقي عليهم عبئاً مدرسياً وتحصيلياً كبيراً بالمقارنة إلى غيرهم من التلاميذ، حيث كانوا أول مجموعة صادفت تغير النظام التعليمي في المرحلة الابتدائية في مصر. كما أن هؤلاء التلاميذ صغار السن والخبرة (١١ سنة) يتنافسون وأقرانهم معهم غير أنداد لهم، عن أنهوا السنة السادسة الابتدائية، ويدرسون المقررات ذاتها، وذلك مما يجعل قلقهم أمراً متوقعاً. وتجدر الإشارة إلى أن هذا التفسير الذي ذكرناه في التو لم ينسحب على المجموعة العمرية ١١ عاماً من الإناث، مما يشير إلى احتمال تدخل عوامل أخرى[١٢٣]، ومما يحد من تعميم النتائج من الذكور إلى الإناث.

أما حصول الذكور في المجموعة العمرية ١٤ عاماً على متوسط قلق مرتفع، فقد يكون مرده إلى وصول هؤلاء التلاميذ إلى سن البلوغ مؤخراً، بما يتبعه من تغيرات عضوية وفيزيولوجية وهرمونية يكون لها أثرها على الجوانب الانفعالية. وقد دلت البحوث على أن متوسط سن البلوغ لدى الفتيان للمصريين = ١٣,٧٣ ± ١,٢٤ عاماً[١٢١].

وفيما يتعلق بالإناث فإن أعلى المجموعات العمرية قلقاً هما المجموعتان ١٣، ثم ١٢ عاماً، فقد حصلت كل منهما على متوسط مرتفع تماماً (م= ٥٠,٧١، ٤٨,١٩ على التوالي) إلى الدرجة التي بلغ فيها متوسط كل منهما على حدة ضعف متوسط المجموعة العمرية ١٦ عاماً من الاناث (م=٢٥و٢٤). والجدير بالإشارة أن المرحلتين العمريتين ١٢، ١٣ عاماً لدى الإناث يرافقان سن البلوغ إلى حد كبير. فقد كشفت إحدى الدراسات المصرية أن سن البلوغ لدى الفتيات يتراوح بين ١١-١٧ عاماً بمتوسط قدره ١٢,٤٣ ± ١,٠١٨ [١٢٤]. على حين أسفرت دراسة أخرى[١٢٦] عن متوسط لسن البلوغ قدره ١٣,٥١ ± ٢,٦٦ وعن مدى يتراوح بين ١١-١٦ عاماً.

ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن الفروق في متوسطات القلق بين مجموعتي الذكور ١٤،٠٦ عاما وبقية مجموعات الذكور لاتصل إلى الفروق الكبيرة في متوسطات القلق بين مجموعتي الإناث ١٣،٠٢ عاما وبقية مجموعات الإناث، ذلك أن التقارب في متوسطات القلق بين مجموعات الذكور أكثر بكثير بالمقارنة إلى نظيره لدى مجموعات الإناث. ويتصل ذلك بملاحظة أعم، وهي أن مدى متوسطات القلق لدى الذكور (من ٢١-٢٦ تقريبا) أقل بكثير من نظيره لدى الإناث (من ٢٤-٣٠ تقريبا) (انظر جدول ٤). كما يرتبط ذلك بملاحظة ثالثة وأخيرة مؤداها أن تباين درجات المجموعات الخمس من الإناث (كما يقاس بالانحراف المعياري) أعلى من نظيره لدى الذكور إذا قورنت كل مجموعة عمرية بنظيرتها. وينسحب ذلك على كل مقارنة (انظر جدول ٤). وهذه الملاحظات المذكورة جديرة ببحث منفرد.

ولقد تم حساب تحليل التباين في اتجاه واحد لدى المجموعات الخمس من الذكور (انظر جدول ٥) ونظيره عند الاناث (انظر جدول ٦) كل على حدة.

جدول (٥) : تحليل التباين لمتغير القلق
لدى عينة من الأطفال الذكور (ن = ٦٤٥)

المصدر	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	نسبة فائية
بين المجموعات	٤	١٨٤,٢١٥	٧٩٦,٠٥٤	٤,٤٣٦**
داخل المجموعات	٦٤٠	١١٤٨٥٦,١٧٩	١٧٩,٤٩٣	

** نسبة فائية جوهرية عند مستوى ١,٠ عندما تكون ف ٣,٣٦.

جدول (٦) : تحليل التباين لمتغير القلق
لدى عينة من الأطفال الإناث (ن = ٥٩٩)

المصادر	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة "ف"
بين المجموعات	٤	٦٨٣٦٨,٤٦٤	١٧٠٩٢,١١٦	**٧٠,١١٣
داخل المجموعات	٥٩٤	١٣٧١٩١,١٢٢	٢٣٠,٩٧٩	

** نسبة "ف" جوهرية عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون ≥ ٣,٣١

ومن ملاحظة الجدولين (٥، ٦) يتضح أن نسبتي "ف" جوهريتان عند مستوى ٠,٠١، ويعنى ذلك أن هناك فروقًا جوهرية فى متغير القلق بين المجموعات العمرية من الذكور، وكذلك الإناث، ويمكن أن نفترض أن ذلك يعزى إلى تباين متغير العمر، حيث اشتملت هذه العينة على خمس فئات عمرية، تراوحت بين ١١ إلى ١٥ عاما لتلاميذ يدرسون فى سنوات دراسية مختلفة فى المرحلة الإعدادية، بالإضافة إلى أن الأطفال فى هذه المراحل العمرية يقعون فى مرحلتين مختلفين من مراحل النمو وهما: الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، بما يستتبع ذلك من تغيرات متلاحقة، يترتب عليها فروق فى القلق بين الأعمار المختلفة.

ومن ناحية أخرى فمن الأهمية أن نفحص جوهرية الفروق بين المتوسطات لدى المجموعات العمرية الخمس من الجنسين.

جدول (٧) : قيم "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات العمرية المختلفة من الجنسين

المجموعات العمرية	القلق: قيم "ت"	القلق: الدلالة	درجات الحرية
ذكور وإناث ١١ سنة	١,١٢	غير دال	٢٠٧
ذكور وإناث ١٢ سنة	١٥,٦١	٠,٠٠١	٢١٧
ذكور وإناث ١٣ سنة	١٥,٩٣	٠,٠٠١	٢٥٥
ذكور وإناث ١٤ سنة	٠,٢١	غير دال	٢٣٠
ذكور وإناث ١٥ سنة	٤,٥٩	٠,٠٠١	٢٩٥

بالنظر إلى جدول (٧) يتضح أن الفروق جوهرية إحصائيا بين كل المجموعات العمرية من الجنسين، فيما عدا الفئات العمرية ١١، ١٤ سنة، حيث لم يظهر فرق جوهري بين مجموعتي الذكور والإناث في متغير القلق. والجدير بالذكر أن الإناث في الفئات العمرية الأربع : ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاما حصلن على متوسطات أعلى من الذكور في الفئات العمرية ذاتها، على حين حصل الذكور في المجموعة العمرية ١١ عاما على متوسط قلق أعلى من قرانهم في العمر من الإناث. وفي الواقع تعد هذه النتيجة متوقعة إلى حد كبير، حيث أسفرت نتائج عديد من الدراسات على الراشدين أن الإناث - بصفة عامة - أكثر قلقا من الذكور المناظرين لهن في العمر[١٢٣].

ويبدو أن الفئات العمرية التي وقع اختيارنا عليها تندرج إما في مرحلة

للمراهقة المبكرة أو ما قبل المراهقة مباشرة (سن البلوغ) فإن التغيرات الجسمية والفيزيولوجية بما يترتب عليها من التغيرات الانفعالية التي تتعرض لها الإناث يغلب أن يكون لها تأثير كبير في زيادة معدل القلق لديهن أكثر من الذكور، لاسيما أن معدل النمو لدى الإناث في هذه المراحل يعد أسرع منه

جدول (٨) : قيم "ت" بين متوسطات القلق
لدى المجموعات الخمس من الأطفال الذكور

مسلسل	المجموعات العمرية	القلق	
		قيم "ت"	الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	١١,٨٤	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	٢,٠٦	٠,٠٥
٣	١١ مقابل ١٤	٠,٠٤	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٧٥	٠,٠١
٥	١٢ مقابل ١٣	١,١٩	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	٣,٠٠	٠,٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٠,٦٦	غير دال
٨	١٣ مقابل ١٤	٢,٠٨	٠,٠٥
٩	١٣ مقابل ١٥	١,١٥	غير دال
١٠	١٤ مقابل ١٥	٢,٦٨	٠,٠١

عند الذكور[١٢٨]، وذلك نظرا لاحتمال حساسية الإناث أكثر من الذكور لهذه التغيرات. أما فيما يتعلق بعدم ظهور فروق بين الجنسين في المجموعة العمرية ١١ سنة، فإن هذه المرحلة العمرية يمكن أن تعد مرحلة سكينة واستقرار نسبي في النمو، بالمقارنة إلى النمو في المراحل العمرية سالفة الذكر والتي كثيرا ما سميت بالمراحل "العاصفة"، ومن ثم تقارب المتوسطات.

يتضح من جدول (٨) ظهور فروق جوهرية إحصائيا بين المجموعات العمرية من الذكور في ٦٠٪ من المقارنات، وهي الحالات الست التالية : حصل تلاميذ الفئة العمرية ١٦ عاما على متوسط قلق أعلى من نظرائهم في الفئة العمرية ١٢، ١٣ عاما، وكذلك ١١ عاما أعلى من ١٥، ١٤ أعلى من ١٢، ١٤ أعلى من ١٣، ١٤ أعلى من ١٥.

ومن الملاحظ أن أعلى فروق بين الجنسين توجد في المرحلتين العمريتين ١٢، ١٣، حيث بلغت متوسطات القلق لدى الإناث في كل مجموعة أكثر من ضعف متوسطات الذكور (م= ٥٠,٧٤ مقابل ٢٣,٧١ في المجموعة العمرية ١٣ عاما، م= ٤٨,١٩ مقابل ٢١,٧٥ في المجموعة العمرية ١٢ عاما) (انظر جدول ٤، جدول ٧) ويرجح أن يرجع ذلك إلى أن عمر ١٢، ١٣ عاما يتفق مع سن البلوغ لدى الإناث[١٢٩]. وقد ظهر من دراسات عديدة أن النساء أكثر قلقا - في المتوسط - من الرجال كما قدمنا، وقد تبرهنت على النتيجة ذاتها لدى الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٧، ١٥ عاما فحصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور، ومن ثم يعد ذلك مؤشرا واضحا على أن الفروق بين الجنسين في القلق تظهر بوضوح منذ وقت مبكر من العمر وتستمر في المراحل التالية كذلك[١٣٠].

جدول (٩) : قيم "ت" بين متوسطات القلق
لدى المجموعات الخمس من الأطفال الإناث

مسلسل	المجموعات العمرية	القلق: قيم "ت"	القلق: الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	٤,٦٦	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	١,٨١	غير دال
٣	١١ مقابل ١٤	١,٣١	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٥٥	٠,٠٥
٥	١٢ مقابل ١٣	١,٣١	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	١٠,٧٠	٠,٠٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٨,٨٥	٠,٠٠١
٨	١٣ مقابل ١٤	١١,٩٩	٠,٠١
٩	١٣ مقابل ١٥	١٠,٢٠	٠,٠٠١
١٠	١٤ مقابل ١٥	١,٤٤	غير دال

بالنظر إلى جدول (٩) يتضح أن متوسط درجات القلق لدى إناث المجموعات العمرية الثلاث : ١٢، ١٣، ١٥ عاما أعلى من ١١ عاما، وكذلك ١٢ أعلى من ١٤، ١٢ أعلى من ١٥، ١٣ أعلى من ١٤، ١٣ أعلى من ١٥، وذلك بدرجة جوهرية إحصائيا.



ويمكن تفسير الفروق بين عينات الذكور، وكذلك الإناث على ضوء ثلاثة عوامل رئيسة وهي :



أ - عامل السن.

ب - عامل النضج والخبرة.

ج - عامل المستوى التعليمي.

فيما يختص بعامل السن فقد وقع اختيارنا على خمس فئات عمرية تراوحت بين ١١، ١٥ سنة، تستوعب خمس سنوات في غاية من الأهمية بالنسبة إلى الفرد نظراً لما يحدث خلالها من تغيرات كبيرة تشمل كافة مظاهر النمو، إذ يقع هذا المدى في مرحلتين من أهم مراحل النمو وهما : مرحلتا الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة منفصلة عن البلوغ، متجهة بمرحلة المراهقة الوسطى والتي تمثل إحدى دعائم النمو الجسمي والعقلي، وتعد المرحلة الأخيرة مرحلة استقرار نسبي في التغيرات التي تنتاب المراهق[١٣٤]. ويصاحب هذا النمو العقلي والجسمي تقدم في المستوى التعليمي عبر السنوات الدراسية الثلاث للمرحلة الإعدادية، ويعد ذلك في حد ذاته أحد العوامل التي يمكن أن تؤثر في مستوى القلق.

وأخيرا وليس آخرا - فلابد أن ننظر إلى نتائج هذه الدراسة على ضوء العينات المستخدمة، فالفئات العمرية الخمس التي وقع اختيارنا عليها تقع في مرحلة حرجة من مراحل النمو. والنمو هنا لايقتصر على النمو الجسمي ولكنه يتضمن كافة جوانب النمو التي تطرأ على الإنسان. وبما أن عينة الدراسة اشتملت على خمس فئات عمرية متدرجة في النمو (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاما)، كما أن كل فئة عمرية تعد مرحلة انتقالية، فإن المتوقع نتيجة لذلك أن تتأثر الحالة الانفعالية، ويتغير معدل القلق - زيادة أو نقصانا - كلما انتقلنا من مجموعة عمرية إلى أخرى. وهذا ما أسفرت عنه

الدراسة. فقد ظهرت فروق واضحة في بعض الفئات العمرية في الجنس الواحد.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في متغير القلق (متوسط الإناث أعلى جوهرياً من الذكور في ثلاث من الفئات العمرية الخمس) فإن ذلك يتفق مع عديد من البحوث السابقة من أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور بصفة عامة وأن التغيرات الجسمية والنفسية التي تنتاب الأنثى في هذه المرحلة تأخذ شكلاً أكثر وضوحاً من الذكور، وهذا أدعى إلى أن تكون أكثر قلقاً. ولعل عدم توعية بعض الأمهات لبناتهن - ولاسيما عند وصولهن لسن البلوغ - يأتين على مشارف دورة الحيض يجعلهن أكثر قلقاً وتوتراً، حيث لاتجدن تمهيد لهذه التغيرات الحيوية لديهن في غالب الأحوال.

وننتقل الآن إلى عرض الدراسة الثانية.

٤ - تطور القلق من المراهقة حتى الشيخوخة

تهدف هذه الدراسة[١٣٦] إلى فحص تطور القلق عبر أربع مجموعات عمرية من الجنسين في المراحل الآتية: المراهقة، بدايات الرشد، أواسط العمر، الشيخوخة. هذا فضلاً عن فحص الفروق في القلق بين الجنسين في كل مرحلة عمرية.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت ثماني عينات (ن = ١١٢٣) تمثل أربع مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول (١٠) لبيان توزيع الأعمار)، وهي كما يلي:

١ - المراهقون

وهم من تلاميذ (ن = ٢٢٥) المدارس الثانوية العامة الحكومية وتلميذاتها (ن = ٢٢٤)، بمنطقة وسط الاسكندرية التعليمية، جمهورية مصر العربية.

٢ - طلاب الجامعة

اختيرت مجموعة من طلبة (ن = ٢٠٢) جامعة الاسكندرية وطالباتها (ن = ٢٠٢) من ثلاث كليات هي : الآداب والزراعة والهندسة.

٣ - الموظفون

وتشتمل هذه العينة على ٨٠ موظفا، ٦٧ موظفة من المستخدمين الحكوميين في وظائف : التدريس، الخدمة الاجتماعية، المحاماة، الهندسة، الأعمال الكتابية، السكرتارية.

٤ - المسنون

تتكون هذه العينة من ٦١ رجلا، ٦٦ سيدة من المسنين المقيمين - داخليا - في عدد من دور الرعاية الاجتماعية في مدينة الاسكندرية.

(ب) الأدلة

مقياس سمة القلق

وضع «سبيلبرجر» وزملاؤه[٣٩] قائمة القلق : الحالة والسمة State - Trait Anxiety Inventory (STAI)، وتشتمل على أربعين بندا، يقيس نصفها حالة القلق Anxiety State والنصف الآخر سمة القلق Anxiety Trait. وتتضمن

هذه القائمة على التفرقة بين القلق بوصفه حالة مؤقتة تغلية متغيرة، والقلق من حيث هو سمة أساسية في الشخصية. وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس سمة القلق فقط، ذلك أن الاهتمام في هذه الدراسة ينصب على القلق بوصفه سمة دائمة إلى حد كبير. وقد استخدمت الطبعة المنقحة الصادرة عام ١٩٨٣ (الصورة ي)[١٣٤].

وقد ظهر أن لهذه القائمة ثباتا وصدقا مرتفعين على عينات أمريكية وعربية : مصرية وسعودية وكويتية وقطرية ويمنية ولبنانية[٦٢٥].

طباعة المقياس

من المعروف أن كبار السن يعانون غالبا من مشكلات في البصر، يترتب عليها صعوبات في القراءة وبخاصة اذا ما كانت حروف الطباعة صغيرة. وتجنبا لهذه المشكلة فقد تم تكبير الحروف - وبالتالي الأوراق - التي قدمت لكبار السن، على حين ظل حجمها عاديا بالنسبة لبقية المجموعات.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس في موقف قياس جمعي : مجموعات صغيرة في عينات المسنين وأواسط العمر، ومجموعات كبيرة في عينات المراهقين وطلاب الجامعة

(د) التحليل الاحصائي

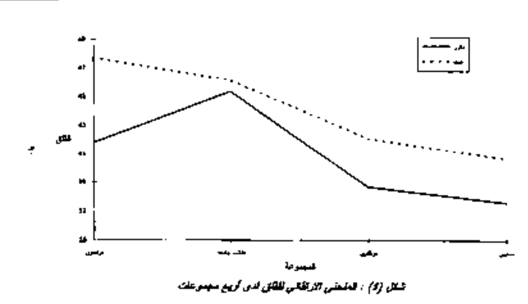
حسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل عينة على حدة، ثم حسب اختبار "ت" لتحديد جوهرية الفروق بين المتوسطات، ويلاحظ أن أحد شروط اختبار "ت" هو تقارب حجم العينتين، ولم يتحقق هذا الشرط

في بعض الحالات، ومن ثم تم استبعاد أجزاء من العينات الكبيرة (الحالات الأخيرة)، وذلك حتى تتساوى الأحجام. ولكن عدم تغير النتائج جعلنا نستخدم الأحجام الأصلية للعينات.

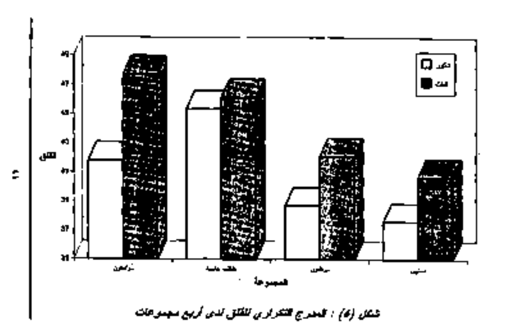
النتائج ومناقشتها

يبين شكل (٥) المنحنى الارتقائي للقلق لدى المجموعات الثماني من الجنسين، ويبين شكل (٦) التدرج التكراري للمجموعات ذاتها.

ويتضح من الشكلين (٥، ٦) أن أعلى المجموعات قلقًا في فئة الذكور هم طلبة الجامعة، وأقلهم المسنون. وأعلى مجموعات الإناث قلقًا المراهقات، وأقلهن المسنات. والفروق جوهرية إحصائيًا بين الجنسين في حالتي المراهقين والموظفين فقط. ويتناقص متوسط القلق لدى عينات الإناث بشكل متسق تمامًا بارتفاع أعمار المجموعات، والأمر ذاته في عينات الذكور إلا من استثناء واحد هو متوسط المراهقين الذي يقل عن متوسط طلبة الجامعة.



شكل ([illegible]) : المنحنى الارتقائي للقلق لدى أربع مجموعات



شكل (٤) : المدرج التكراري للقلق لدى أربع مجموعات

والاستنتاج الذي ينسحب على الجنسين كلما هو أن القلق يزداد في مرحلتي المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتي أواسط العمر والشيخوخة.

ويبين جدول (١٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق فضلا عن متغير العمر، لدى العينات الثماني من الجنسين.

جدول (١٠) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لكل من: العمر وسمة القلق لدى ثماني عينات مختلفة من الجنسين

المجموعة	ن	العمر م	العمر ع	سمة القلق م	سمة القلق ع
مراهقون	٢٢٥	١٥,٣٩	٠,٧٢	٤١,٨٠	٨,٦٩
مراهقات	٢٢٤	١٦,٤٥	٠,٨١	٤٧,٧٣	٩,٠٨
طلبة جامعة	٢٠٦	٢١,٥٦	١,٨٠	٤٥,٣٦	٩,٣٤
طالبات جامعة	٢٠٦	٢٠,٧٧	١,٣٠	٤٦,١٤	٩,٦٤
موظفون	٨٠	٣٦,٧٢	٦,٠١	٣٨,٦٩	٧,٨٨
موظفات	٦٧	٣١,٧٦	٥,٥٦	٤٢,١٠	٨,٣٩
مسنون	٦١	٦٨,٩٨	٨,٤٨	٣٧,٦٦	٩,٣٠
مسنات	٦٢	٦٥,٣٥	٨,٠٩	٤٠,٧١	١٠,٩٧

ويبين جدول (١١) قيم «ت» لاختبار جوهرية الفروق بين متوسطات العينات الثماني مستوعبة كل الاحتمالات (وعددها ٢٨ قيمة).

جدول (١٦) : قيم "ت" بين متوسطات القلق لدى العينات الثماني

م	العينات	درجات الحرية	سمة القلق: قيم "ت"	سمة القلق: الدلالة
١	مراهقون ومراهقات	٤٤٧	٧,٢١	٠,٠٠١
٢	مراهقون وطلبة جامعة	٤٦٩	٤,١٧	٠,٠٠١
٣	مراهقون وطالبات جامعة	٤٢٥	٥,١٠	٠,٠٠١
٤	مراهقون وموظفون	٣٠٣	٤,٩١	٠,٠١
٥	مراهقون وموظفات	٢٩٠	٠,٦٦	غير دال
٦	مراهقون ومسنون	٢٨٤	٣,٣٩	٠,٠٠١
٧	مراهقون ومسنات	٢٨٠	٠,٨٥	غير دال
٨	مراهقات وطلبة جامعة	٤٦٤	٢,٦٥	٠,٠١
٩	مراهقات وطالبات جامعة	٤٢٤	١,٧٩	غير دال
١٠	مراهقات وموظفون	٣٠٢	٧,٨٨	٠,٠٠١
١١	مراهقات وموظفات	٢٨٩	٤,٥١	٠,٠٠١
١٢	مراهقات ومسنون	٢٨٣	٧,٦٥	٠,٠٠١
١٣	مراهقات ومسنات	٢٨٤	٥,١٣	٠,٠٠١
١٤	طلبة جامعة وطالبات	٤٠٢	٠,٨٤	غير دال

تابع جدول (١١)

١٥	طلبة جامعة وموظفون	٢٨٠	٥,٦٣	٠,٠٠١
١٦	طلبة جامعة وموظفات	٢٦٢	٢,٥٣	٠,٠٥
١٧	طلبة جامعة ومسنون	٢٦١	٥,٩٠	٠,٠٠١
١٨	طلبة جامعة ومسنات	٢٦٩	٣,٢٨	٠,٠١
١٩	طالبات جامعة وموظفون	٢٨٠	٦,٣٢	٠,٠٠١
٢٠	طالبات جامعة وموظفات	٢٦٢	٣,١٦	٠,٠١
٢١	طالبات جامعة ومسنون	٢٦١	٦,٢٩	٠,٠٠١
٢٢	طالبات جامعة ومسنات	٢٩٢	٣,٨٥	٠,٠٠١
٢٣	موظفون وموظفات	١٤٥	٢,٥٢	٠,٠٥
٢٤	موظفون ومسنون	١٣٩	٠,٧٤	غير دال
٢٥	موظفون ومسنات	١٤٠	١,٢٧	غير دال
٢٦	موظفات ومسنون	١٢٦	٢,٨٥	٠,٠١
٢٧	موظفات ومسنات	١٢٧	٠,٨٦	غير دال
٢٨	مسنون ومسنات	١٦١	١,٦٨	غير دال

وبالنظر في جدول (١١) نجد أن قيم «ت» الجوهرية عددها عشرون في مقابل ثماني قيم غير جوهرية إحصائيا. وتشير هذه النتائج إلى زيادة مستوى

سمة القلق في مراحل المراهقة وبدايات الرشد، وانخفاضه في مرحلة أواسط العمر، ويقل تدريجيا كلما تقدمنا نحو الشيخوخة. ويمكن تفسير ذلك على ضوء نتائج الدراسات السابقة، حيث يذكر "كاتل" أن القلق يشيع في مرحلة المراهقة، ويقل كلما تقدم العمر، ثم يزداد ثانية بعد الخامسة والستين بسبب التقاعد عن العمل والمشكلات الصحية[136]. ولكن انخفاض القلق في مرحلة الشيخوخة لايتسق مع ما يذكره "كاتل"، على حين يرى "آيس دورفر" وزملاؤه[127] أن القلق قد يكون عرضا لاضطرابات أخرى، كما قد يختلط إدراك القلق والتعبير عنه، فيظهر على شكل الاكتئاب عندما تحدث إثارة للجهاز العصبي اللاإرادي أو التلقائي، ومن ثم يبدو أن كبار السن حقا ما يشكون التصور بالقلق، وبدلا من أن يقصدوا الطبيب النفسي فإنهم يشكون من بعض الأعراض الجسمية.

كما يلاحظ من جدول (١٠) أن أعلى المجموعات قلقا مجموعة المراهقات يليها طالبات الجامعة، أما أقل المجموعات قلقا فهي مجموعة كبار السن ومجموعة أواسط العمر، وكلاهما من الذكور، يليهم المسنات. وأبرز النتائج في هذا الصدد انخفاض مستوى القلق لدى كبار السن.

والخلاصة أن للقلق ارتباطا وثيقا بالعمر، بيد أن أعراضه ومؤشراته تظهران بوضوح وجلاء شديدين في مرحلة المراهقة (وبخاصة لدى الإناث). ويزداد القلق في مرحلتي المراهقة وبداية الرشد، ولكنه يبدأ في الانخفاض في مرحلة أواسط العمر، ثم يأخذ في التناقص في السنوات الأخيرة من العمر.

ويتضح من الجدولين (١١، ١٢) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في المراحل العمرية المختلفة أن هناك فروقا بين عينتي المراهقين والمراهقات في القلق، وهذه الفروق جوهرية إحصائيا فيما وراء ٠,٠٠١، وهي فروق في جانب المراهقات بمعنى أنهن أكثر قلقا. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى أجريت على المراهقين في مجتمعات كثيرة، وأشارت إلى وجود فروق

جوهرية إحصائيا بين الذكور والإناث. ففي دراسة «ألين» Allen على ٩٤٧ مراهقا ومراهقة في الأعمار من ١٢ - ١٥ سنة حصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور على مقياس القلق الصريح للأطفال، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠١[١٣٨].

وفي دراسة «سيمانوفا»[١٣٩] على مراهقين ومراهقات من تشيكوسلوفاكيا، تراوحت أعمارهم من ١٣ - ١٥ عاما، حصلت البنات على درجات أعلى من الأولاد على مقياس القلق الصريح، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١. وفي دراسة «كاتل، شاير» Cattell & Scheier[١٤٠] على ٥٢٥ مراهقا ومراهقة في الأعمار من ١٢ - ١٧ عاما حصلت البنات على درجات أعلى من البنين على مقياس القلق IPAT، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠١.

ومن ناحية أخرى تشير النتائج الواردة في الجدولين ١٠، ١١ إلى عدم وجود فروق جوهرية في متغير القلق بين الجنسين من طلاب الجامعة، حيث لم تصل قيمتا «ت» إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

كما نلاحظ أن هناك فروقا جوهرية بين الموظفين والموظفات في القلق، وهذه الفروق جميعا جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١، وهي فروق في جانب الإناث تشير إلى أنهن أكثر قلقا، مما يدل على أن الفروق بين الجنسين في القلق تتركز على وجه الخصوص في مرحلتي المراهقة والرشد، ليس بسبب ظروف المراهقة الجسمية والنفسية والاجتماعية فحسب، بل نتيجة تضافر مجموعة من العوامل الأخرى: ثقافية وبيئية وبيولوجية وفيزيولوجية، فضلا عن أن المرأة - في هذه المرحلة بالذات - تتجاذبها مجموعة من الأدوار التي تسبب لها ضغوطا شديدة نتيجة للصراع بين مقتضيات دورها التقليدي من حيث هي أنثى ومقتضيات دورها المعاصر الذي لا يميز بينها وبين الرجل. ويبدو أن هناك تناقضا بين دوري موضوعي قبلا في المجتمع، وأن تكل من

الدوري عنده يختلف عن هدف الآخر، وأن ما يتطلبه كل من الدورين من سمات شخصية يتعارض مع مايتطلبه الدور الآخر في بعض المواقف، بحيث إن ما يعد مفيدا لأحدهما يصبح معوقا للآخر، وأن التحقيق التام لأحدهما يهدد الأخر بالإخفاق»[٦٢].

وبالرجوع إلى الجدولين ١٠، ١١ نلاحظ عدم وجود فروق بين الجنسين في مرحلة الشيخوخة. ويمكن أن نفسر هذه النتيجة على ضوء ما أشار إليه «ليس دورو» وزملاؤه[٦٣] من أنه يمكن النظر إلى القلق الذي كان أكثر من الجنسين بوصفه عرضا وجدانيا ينتج عن الشعور بالخوف أو الفزع الذي يدخل في طياته عنصر الرغبة في البقاء.

• - مناقشة عامة

يهمنا في هذا المقام أن نورد الاستنتاجات العامة من هذه الدراسات، وفيما يختص بتطور القلق لدى الأطفــال نلاحظ - في معظم الحالات - أن هناك توازيا بين ارتفاع متوسط القلق وسن البلوغ وما قبله، فمن الطبيعي أن ترتفع معدلات القلق في هذه السن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسمية وفسيولوجية وانفعالية.

وتجدر الإشارة إلى أن العمر السابق مباشرة لسن البلوغ الفعلي، أي بداية البلوغ وإرهاصاته هو أيضا سن اضطراب وقلق، إذ يعرف الأولاد والبنات في هذه السن أن النضج وشيك الوقوع، مع ما يرتبط بالتغيرات التي تطرأ على الإنسان من قلق وضيق وغيرها من الانفعالات السلبية، كما أن النمو لا يحدث بين يوم وليلة، ولكنه يستغرق وقتا»[٦٤].

وتعزز النتيجة التي أسفرت عنها هذه السلسلة من الدراسات - فيما يخص الأطفال - مع ما يوحد «وينشلد لي»[١١٤] من أن الاضطرابات

تكشف عن ارتفاع حاد في القلق في مرحلة المراهقة، وهناك بعض الشواهد التي تشير إلى أن هذا الارتفاع في القلق يعد حادًا لدى الإناث بوجه خاص، ويبدو أنه ليس من الصعب التعرف إلى أسباب هذا الارتفاع، إذ يواجه المراهق عالمًا جديدًا، ويتعين عليه أن يجابه كل أنواع المشكلات، ولذلك فإنه لأمر طبيعي تمامًا أن يؤدي ذلك إلى ارتفاع مستوى القلق... وتجب الإشارة في هذا الصدد إلى أن الانتحار لدى الأطفال نادر للغاية، وذلك حتى سن البلوغ، ويبدأ حدوثه فقط - عند أي معدل - أثناء مرحلة المراهقة، وربما يكون ذلك علامة أخرى على ارتفاع القلق أثناء مرحلة المراهقة.

ومن ناحية أخرى فيجب ألا نهون من تأثير الصعوبات التعليمية في زيادة معدلات القلق والاضطراب بوجه عام، فالملاحظ أن الأعمار الأصغر (١١، ١٢و١٣) تشيع أكثر في بداية مرحلة الدراسة الإعدادية، مع ما يصاحب ذلك من صعوبات تعليمية ومشكلات تكيفية ينعكس أثرها على معدلات اضطراب الأولاد والبنات.

كما تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى التطبيقات العملية لكل هذه النتائج، إذ يتعين الاهتمام بالنشء في هذه المرحلة المهمة من العمر، ونقصد بداية البلوغ وما قبله، مع ضرورة تقديم يد العون لهم من لدن خبير بأمورهم وبطبيعة المرحلة التي يمرون بها، وقد يبدأ العون من مجرد إسداء نصح بسيط، مرورًا بتصويب معلوماتهم، حتى تقديم إرشاد نفسي على أسس علمية لهم. وإن الاهتمام بالنشء في هذه المرحلة كفيل بأن يجنبهم الجانب الأكبر من صعوبات هذه المرحلة ومشكلاتها، ولا يخفى ما لذلك من أثر على نفسية النشء وحسن توافقه، وذلك حتى يفرغ للتحصيل والإنجاز دون أن تعوقه مشكلات التكيف.

وهنا صعدنا درجاً إلى الأعمار الأكبر: المراهقة وبدايات الرشد وأواسط

العمر والشيخوخة، سوف نجد الأعمار الأصغر (المراهقة وبدايات الرشد) تتسم بمتوسط الدرجات الأعلى من القلق، ويمكن أن نفسر ذلك بأن هاتين المرحلتين تتسمان بمشكلات تكيفية أكثر من غيرهما من المراحل، ويأتي في صدر هذه المشكلات: المشكلات التعليمية، ذلك أن أفراد هاتين المجموعتين يدرسون في المرحلتين الثانوية والجامعية، ولا يخفى ما لهما من أهمية في تحديد مستقبل الشاب في هذه السن، فضلا عن أن هذه السن أيضا تحمل مشكلات اجتماعية وعاطفية محددة أهمها أنه على الرغم من نضج الشاب جسميا فإنه معتمد على ذويه لايستطيع غالبا الاستقلال عنهم، فلا يمكنه في الغالب من الأحوال مجرد أن يقيم أود نفسه، برغم رغبته في الانفصال عن أسرته، وتمنيه أن يستقل عنها، واحلامه ذلك في حالات معينة .

أما مرحلة أواسط العمر (عينة الموظفين) فهي أكثر مرحلة خالية نسبيا من الاضطراب، ويتسق ذلك مع نتائج "ريموند كاتل" [٦٥٤] عن القلق ويرجع ذلك إلى أن هذه المرحلة غالبا هي مرحلة تحقيق الآمال وجني الثمار، فغالبا ما يكون "الرجل أو المرأة" في هذه المرحلة قد حقق غالبية أمانيه من النواحي المهنية والاقتصادية والأسرية، والملاحظ أن كل أفراد هذه العينة الذين كانوا يعملون عملا حكوميا، متزوجون، وعلى الرغم من أنه لايمكن القول بأن مصادر المشكلات قد انتهت لدى الأفراد في مرحلة أواسط العمر، فإنه يمكن القول: إن عدد هذه المشكلات وحدتها أقل إلى حد بعيد من غالبية الأفراد في بقية المراحل: ممن يدرسون ولا يعملون (طلاب الثانوي والجامعة)، وممن يقيمون في دور الرعاية (عينة المسنين).

وتتفق نتائج هذه الدراسة - في جانب من الجوانب - مع "باريوردا وتشارد لي" [٤٤] من أن القلق يبدأ في الانخفاض أو التناقص بصورة تدريجية من حوالي سن العشرين وحتى سن الستين أو نحوها وقد أوضح "كاتل" هذا الانخفاض في الولايات المتحدة، كما بينه "آيزنك" في انجلترا.

ومن السهل أن نفهم السبب في هذا الانخفاض في هذه المرحلة بأن الفرد يستطيع أن يتعلم - بمرور السنين - كيف يتكيف في عالم الكبار، حتى يصبح هذا العالم أكثر ألفة وأقل إزعاجا، ويفسر بنظرية الإشراط Conditioning على ضوء مبدأ «بافلوف» المتعلق بالانطفاء أو التضاؤل Extinction.

وفضلا عن ذلك فهناك سبب آخر محتمل لانخفاض القلق تدريجيا عبر سنوات الرشد، ويتمثل في أن الأفراد يصبحون قادرين على استخدام عقولهم للتحكم في قلقهم. ويتم ذلك بطريقتين: أولهما أن الفرد يؤكد لنفسه - عن طريق الخبرة - أن الأزمات التي يواجهها في مرحلة الرشد هي من النوع الذي يجب أن يكون قادرا على التغلب عليه في الوقت المناسب. وثانيهما أن الفرد يستخدم عقله وخبرته كي يتجنب المواقف التي أصبح يعلم عنها أنها غير سارة ومثيرة للقلق.

ومن ناحية أخرى فإن مرحلة الشيخوخة أو العمر المتقدم ترتبط دائما بالمشكلات الصحية والنفسية، ذلك أن كفاءة الوظائف العقلية والنفسية والقدرة على التكيف لا تصبح كما كانت من قبل، فغالبا ما تسوء الصحة الجسمية وما يرتبط بها من صحة نفسية، وتكثر الشكوى من أشياء كثيرة، ولكن نتائج هذه الدراسة لا تؤكد ذلك، فالمسنون من الجنسين لهم (كل منهم في الجنس الخاص به) أقل متوسط في القلق، ومع ذلك فلدى المسنين من الجنسين متوسط مرتفع في الاكتئاب[١٦١٧٢].

ويبدو أن المتغيرات وطبيعة الحياة في دور الرعاية التي يجد أفراد عينة المسنين مودعين بها تثير لديهم أكبر قدر من الاكتئاب، مع عدم تأثيرها لمعدل القلق لديهم(وإذا ما فرقنا بين القلق والاكتئاب على أساس عنصر الزمن، فالقلق متصل بالمستقبل، على حين أن الاكتئاب متعلق بالماضي، لأمكننا تفسير ارتفاع اكتئاب المسنين «الحزن على ما فات» وانخفاض القلق في العمر

المتقدم (عدم القلق على ما هو آت). لقد أمنت لهم دور الرعاية التي كانوا يقيمون فيها إبان اجراء الدراسة عليهم - إلى حد كبير - إشباع الحاجات الأساسية في مستقبل أيامهم، ولكن ظروف الاقامة فيها لم تسهم البكاء على الأطلال والندم، ولا الحزن على ما لم يحصلوه في سالف أيامهم، وما فشلوا في انجازه على المستويين الشخصي والأسري، ويمكننا أن نتوقع أن عددا من هؤلاء الأفراد في مجموعة المسنين قد واجهوا نوعا من الفشل الاجتماعي الأسري، إلى الدرجة التي قد دفعتهم فيها أبناؤهم هذه الدور لرعاية المسنين. وقد يرتبط هذا النوع من الفشل - لدى بعض الحالات - بعدم الإنجاب، أو عدم اهتمام الأبناء برعاية المسن في مكان إقامته الطبيعي، أو عدم توافر السكن المستقل... وغير ذلك من الظروف والحالات المثيرة للاكتئاب والحزن والانتحار.

النتيجة العامة لهذه الدراسة إذن - فيما يخص المسنين - أنه ليس شرطا أن تجتمع في العمر المتقدم جميع ضروب الاضطراب وأنواعه.

وتتفق النتيجة الخاصة بحصول الإناث على متوسط درجات أعلى من الذكور في مقاييس القلق مع عديد من الدراسات السابقة [٤١،٨] وقد فسرت هذه الفروق تفسيرات شتى، منها أن الإناث أكثر استعدادا للتعبير عن الاضطراب بالمقارنة إلى الذكور، وذلك لاختلاف طرق التنشئة الاجتماعية لكل منهما، تلك التنشئة التي لا تشجع الطفل الذكر (الصبي أو الراشد من بعد) على الاعتراف بجوانب النقص، إذ يفترض فيهم الشجاعة والصبر والجلد بالنسبة إلى الإناث، ويتسق هذا التفسير مع الخطوط العامة للتفسير الذي يقدمه «ريتشارد» في [١٩٩٢] لارتفاع متوسط درجات الإناث على الذكور في مقاييس الاضطراب عامة، والقلق بخاصة ، ويتمثل هذا التفسير البيئي في ميل الآباء إلى حماية صغار البنات أكثر من صغار الأولاد ، حيث تتوافر بعض الأدلة على أن الحماية تمنع الطفل من التعرض للمواقف الخطرة، وتكون النتيجة أن يصبح الطفل ميالا إلى ألا يتعلم أن يتغلب على مخاوفه المتعلقة

بالمثيرات المتعلقة أو التحديات، ويصبح كما هو معروف وشائع بأنه عصبي أو كالإناث.

ونظرا لعمومية الفروق بين الجنسين في مقاييس القلق (متوسط الإناث أعلى) فقد افترض عدد من الباحثين أن هناك أساسا فطريا بيولوجيا لهذه الفروق، فيذهب «ويتشرد من»[١٠٠] إلى أن هذه الفروق الفطرية قد نمت أثناء عملية التطور وذلك لأن لها قيمة تكيفية في الصراع من أجل البقاء، ولقد تطورت خواص جسمانية كثيرة بهذه الطريقة ، وأكثرها احتمالية تلك التي ظهرت في إنسان ما قبل التاريخ، الذي كان يعيش في مجموعات صغيرة، كما تفعل القردة والشمبانزي هذه الأيام، فيذهب الرجال للصيد والحرب، على حين تمكث الإناث خلفهم لرعاية الأطفال، ويحتمل أن الرجال لم يكونوا على درجة عالية من القلق عند قيامهم بأعمالهم الخطرة هذه، ومن ناحية أخرى إذا كانت الإناث أقل قلقا ويتساوين مع الذكور فربما رغبن في أن يشاركن الذكور، وبما أنهن أضعف جسميا فهن أكثر عرضة للقتل، وهكذا فإن الإناث اللاتي يتميزن بالقلق يمكن أن يفضلن المكوث في المنزل ، فيكون احتمال بقائهن على قيد الحياة أكبر ، وينجبن الأطفال. ويمكن أن تكون هذه العملية الانتقائية قد استمرت عبر ملايين السنين، وجعلت للإناث مستوى مرتفعا من القلق، وليس من الميسور - من وجهة نظرنا - التثبت من مثل هذه التفسيرات التأملية التي قدمها «ويتشرد من».

هناك إذن تفسيران للفروق الجوهرية بين الجنسين في اتجاه حصول الإناث على متوسط أعلى، أولهما: تفسير بيئي اجتماعي، وثانيهما: بيولوجي فطري، ومع ذلك تجدر الإشارة إلى إمكان تفسير هذه الفروق على ضوء التفاعل بين عاملي الوراثة والبيئة، وقد يكون ذلك أقرب إلى الصواب.

خاتمة

لقد أطلق على هذا العصر الذي نحياه صفات عديدة، من بينها أنه «عصر القلق». فهل هو حقا عصر القلق؟ لقد زادت الصراعات بين الدول، وتفاقمت بؤر الحروب الإقليمية المحدودة، ولكن هذه الصراعات وتلك الحروب لم تصل – في العقود الأربعة الأخيرة – إلى حرب عالمية، ومنذ الحرب العالمية الثانية التي وضعت أوزارها في العقد الخامس من هذا القرن لم تقم أخرى شاملة. ولا يلوح الآن في الأفق القريب أن ثمة مقدمات لها ولا إرهاصات بها، وعلى الرغم من أن احتمال نشوبها في هذا العقد احتمال ضئيل، فإن احتمال قيامها أو التهديد بها كان كبيرا في عصر «الحرب الباردة» وقبل التغيرات الجذرية في المعسكر الشرقي. كما يجب ألا ننسى أن هذا القرن قد شهد حربين عالميتين طاحنتين.

أليست الحرب انعكاسات لمشكلات عديدة: اقتصادية وسياسية وجغرافية وحدودية وعنصرية؟ بل: فإن الحرب قمة الصراع، تتضافر فيها عوامل شتى، وتسببها متغيرات عديدة متفاعلة، وتنجم عن عوامل موضوعية وذاتية متداخلة. ولا ريب في أن للجوانب النفسية ـ وعلى رأسها الانفعال، وفي صدرها الغضب والقلق ـ دورا فعالا ومؤثرا في هذا الصدد.

هذا عن العنف على مستوى دولي ، فماذا عن العنف الفردي؟ إن الملاحظ أن العنف يتزايد – على مستوى فردي – في نطاقه اليوم عن ذي قبل، ولا ريب في أن لوسائل الإعلام وبخاصة التلفزيون دخلا في ذلك، فضلا عن ألعاب الأطفال العدوانية. ومن الممكن أن نفترض أن لانفعالات الغضب والقلق دورا في هذا المقام.

هل تزايد معدل القلق الآن إذن عن ذي قبل؟ الحق أن الصراعات والحروب والتوترات لم تنقطع خلال أي عصر من عصور البشرية، وكذلك العنف الفردي إلى حد بعيد. ناهيك عن الأوبئة والمجاعات والأمراض التي لم يعرف لها علاج في العصور السالفة. ولسوء الطالع فلم يكن هناك مقياس للقلق في هذه الأزمان الماضية، فليس من اليسير المقارنة إذن بين عصرين.

ولكن الملاحظ في هذا العصر أن الضغوط الواقعة على الإنسان كثيرة ومتزايدة، مع التكالب على جني ثمار الحضارة المادية، وضعف العلاقات الإنسانية، والتنافس المحموم بين الأقران في جوانب عدة، وتدهور القيم في مناطق كثيرة من عالم اليوم، مع غلبة القيم المادية وتناقص أهمية القيم الدينية، وصراع القيم، وصراع الأجيال . . فليست كل هذه المؤثرات مسببات للقلق من ناحية، ودلائل على عصر القلق المتزايد من ناحية أخرى؟ ليس من السهل الإجابة عن هذا التساؤل اعتمادا على أسس علمية تقارن بين مختلف العصور التاريخية.

ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى نقطة نفسية على درجة كبيرة من الأهمية، وهي أن الإنسان الفرد – خلال عمره – يميل عادة إلى أن يضخم من عيوب الحاضر، ويهون من عيوب الماضي. ذلك أن الإنسان ينسى ما يؤلمه من ذلك الماضي، ويحتفظ له غالبا بصورة براقة مشرقة زاهية، لا تشوبها شائبة: إن كثيرا منا يحتفظ بذكريات سعيدة عن سني الطفولة في الصبا الغض، ناسيا أو متناسيا ما كان بها من واجبات ومشقات وتكليفات . . .

ورغم كل هذه التحفظات، ومع جل هذه الاحترازات، فإن كثيرا منا يميل – على أساس ذاتي – إلى الاعتقاد بأننا نعيش حقا «عصر القلق»، وهذا ما يراه فعلا كاتب هذه السطور، نتيجة لأسباب متعددة، وشواهد عديدة، اعتمادا على ملاحظات متكررة.

ومن بين هذه الشواهد أن كثيرا منا يلاحظ تدهور القيم السامية ونقص الأخلاق الرفيعة وشيوع القيم المادية في هذا العصر. ولاريب في أن بين تدهور الأخلاق وارتفاع معدل القلق علاقة وطيدة ورابطة متينة، على الرغم من الدور الكبير الذي تقوم به الأخلاق في صنع الرجال وتقدم الأوطان.

وسواء أكان القلق اليوم مرتفعا أم منخفضا بالمقارنة إلى عصور مضت وانقضت، فإن مستواه أو معدله الآن لايكون (ولايمكن أن يكون) على وتيرة واحدة على اختلاف الأعمار. فقد أسفرت هذه الدراسة العملية الرقمية، عن أن مستوى القلق يزداد لدى الأطفال في سن البلوغ وحوله (وبخاصة قبله مباشرة). ومن الطبيعي أن يزداد القلق في هذه السن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسمية وفيزيولوجية ونفسية شتى.

ومن ناحية أخرى لقد كشفت هذه الدراسة العملية على المجموعات المتعددة من المراهقة إلى الشيخوخة، أن القلق يزداد في مرحلتي المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتي أواسط العمر والشيخوخة. مع ارتفاع متوسطات القلق لدى الإناث بالمقارنة إلى الذكور بوجه عام.

ومع كل ذلك فيجب ألا يخرج القارىء بانطباع مؤداه أن «القلق كله شر»، فإن ذلك يدخل في باب التعميم الخاطىء. فالحق أن قدرا من القلق السوي لازم للحياة العادية في كل عصر، شريطة ألا يكون هذا القدر كبيرا، ويعد القلق السوي في هذه الحالة دافعا، ينجم عنه الطاقة اللازمة لتحريك طاقات العقل المبدعة، وإمكاناته الخلاقة، مع قدر معقول من الاستمتاع بالحياة والتصالح معها، والعيش في سلام معها، لا مكابدتها والشقاء فيها وبها.

فأما القلق المرضي فإنه نقمة على الفرد، فقد يعوق دوافع الفرد ويحسن

أمانه وسعادة نفسه، هذا فضلاً عن عديد من الأعراض النفسية والجسمية أو النفسجسمية المختلفة التي تزعج الإنسان وتقض مضجعه.

وفي غمار التقلب بين ما يمكن أن نسميه النعمة القلقة والنقمة القلقة لا يجد الإنسان الفرد مناصاً من الدعاء الكريم: «ربنا ولا تحملنا ما لا طاقة لنا به» صدق الله العظيم.

الهوامش والمصادر

١ - انظر للتفصيل: الفقرة ٩ - أ من الفصل الأول.

٢ - راجع:

Coleman, J.C. (1964) Abnormal psychology and modern life. California: Scott, 3rd ed, p.196.

ويراجع أيضا المرجع الأحدث:

Coleman, J.C., Butcher, J.N. & Carson, R.C. (1980) Abnormal psychology and modern life, Glenview, Illinois. Scott, Fores- man & Company, 6th ed.

وانظر أيضا لبيان معدلات انتشار القلق في مجتمعات أحدث: الفقرة العاشرة من الفصل الأول.

٣ - انظر:

Lief, H. I.(1967) Anxiety reaction. In A.M. Freedman H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds) Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore; Williams & Wilkins, pp. 857-870.(p.857).

٤ - انظر:

Gordon, J.E. (1963) Personality and behavior New York : Macmillan, p. 562.

٥ - راجع: مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) المعجم الوسيط. القاهرة: مجمع اللغة العربية، ج٢، ص ٧٨٥.

٦ - لتفصيل ذلك راجع الفقرة الأولى من الفصل الثاني.

٧ ـ أورد هذه الطريقة: عمر الجارم، انظر:

El-Chaerm, O. (1990) Clear psychiatry. Cairo: Dar Al-Maaref, p.68.

٨ ـ راجع: أحمد عزت راجح (١٩٦٤) الأمراض النفسية والعقلية: أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف، ص ١٠٩.

٩ ـ انظر نقد وولبي لهذا الاستخدام في :

Wolpe J. (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford Univ. Press. p.13.

١٠ ـ انظر الهامش رقم ٣، ص ٨٦١.

١١ ـ انظر الهامش رقم ٨.

١٢ ـ راجع.

Spielberger, C.D. (1966) Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp 3-20 (p.17)

١٣ ـ وردت هذه النتائج لدى "ليفيت" منذ وقت مبكر، انظر:

Levitt, E.E.(1968) The psychology of anxiety. London: Staples, p.114.

١٤ ـ انظر:

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. rev.) Washington. D.C.,APA.

Weber, L., Di Clemente, C., Johnstone, E., Sanders, J. & Perley, R. (Eds.) (1981) DSM III training guide. New York : Brunner.

١٥ ـ راجع:

Kaplan, H. & Sadock, B. (1991) Synopsis of psychiatry. Baltimore. Williams & Wilkins, 6th ed.

وقد فصل هذه الفكرة فيما بعد: روبرت روزنتال R. Rosenthal

١٦ ـ راجع :

Spielberger, C.D. (1972) Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety: Current trends in theory and research, New York: Academic Press, Vol.2

١٧ ـ راجع كتفصيل ذلك: سبيلبرجر وزملاؤه (١٩٩٢) دليل تعليمات قائمة القلق: الحالة والسمة. تعريب وإعداد: أحمد محمد عبدالخالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

١٨ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١، ص ٥١٦.

١٩ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٢٠ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٥، ص ١٣٦.

٢١ ـ راجع:

Epstein, S. (1967) Toward a unified theory of anxiety. In B.A. Maher (Ed.) Progress in experimental personality research. New York: Academic Press, pp. 1-89 (p.32)

٢٢ ـ انظر هامش رقم ١٦، ص ١٠٨.

٢٣ ـ انظر هامش رقم ٣، ص ٨٨٨.

٢٤ ـ المرجع والموضع نفسه Loc. Cit.

٢٥ ـ انظر:

Spielberger, C.D.(Ed.) (1972) Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic Press, Vol.2., p.491f.

٢٦ ـ راجع:

Fisher, W.F (1970) Theories of anxiety. New York Harper & Row.

٢٧ . انظر :

Kessen, W. & Mandler, G. (1969) Anxiety, pain and the inhibition of distress. In D. Rosenhan & P. London (Eds.) Theory and research in abnormal psychology. New York: HRW (pp 67-9)

٢٨ . Ibid.

٢٩ . انظر :

Malmo, R.B. (1975) On emotions, needs and our archaic brain. New York: HRW

٣٠ . Ibid.

٣١ . العتبة المطلقة Absolute Threshold في السيكوفيزياء هي النقطة التي تفصل بين الاحساس بالشيء وعدم الاحساس به. وتعني العتبة المنخفضة التي تميز مريض القلق أن حساسيته فائقة لطاقة عريضة من المنبهات بما يرفع من مستوى التنشيط لديه.

٣٢ . راجع :

Cattell, R.B. (1967) The scientific analysis of personality. Middlesex: Penguin. p. 114.

٣٣ . انظر :

Branch, C.H.H. (1968) Aspects of anxiety. Philadelphia: Lippincott. p 9.

٣٤ . راجع :

Boring, E.G., Langfeld, H.S. & Weld, H.P (Eds.) (1962) Foundations of psychology. New York Wiley, p.109.

٣٥ . راجع :

Grinker, R.R. (1966) The psychosomatic aspects of anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York. Academic Press pp. 129-142.

٣٦. انظر النتائج القيمة الواردة في:

عبدالحليم محمود السيد (١٩٧١) الإبداع والشخصية: دراسة سيكولوجية. القاهرة: دار المعارف.

٣٧. على الرغم من أن هذا العرض المبسط لقانون «يركز - دودسون» يصدق على حالات معينة، فإن التجارب التالية بينت أن ذلك لا ينطبق على كل أنواع الأداء.

٣٨. يذكرنا ذلك بقول أديب عربي: «إن الخطوات التي بيننا وبين النهر، هي التي نلهث فيها بسبب الظمأ، فإذا وصلنا، نكون قد ارتوينا».

٣٩. انظر:

Cattell, R.B. (1966) Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press. pp. 23-62 (p.45).

٤٠. راجع تفصيل هذه التجارب في:

Spielberger, C.D. (1966) The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York. Academic Press, pp.361-398.

٤١. انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٠، ص ٨٤٧.

٤٢. راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤ - ٤٥.

٤٣. راجع نتائج هذه الدراسات الحضارية المقارنة في:

Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961) The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald (p.182).

٤٤. انظر نتائج هذه السلسلة من الدراسات في المراجع الآتية

- أحمد محمد عبدالخالق، أحمد صبري حافظ (١٩٨٦) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات سعودية عادية وعصابية. مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٣٤، ١٨١ - ١٩٨.
- أحمد محمد عبدالخالق، أحمد صبري حافظ (١٩٨٨) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية. مجلة العلوم الاجتماعية، ١٦، ١٨١ - ١٦٩.

Abdel-Khalek, A.M. (1989) The development and validation of an Arabic form of the STAI: Egyptian results. Personality & Individual Differences, 10, 277-285.

Abdel-Khalek, A.M. & Omar, M.M. (1988) Death anxiety, state, and trait anxiety in Kuwaiti samples. Psychological Reports, 63, 715-718.

وانظر أيضا الهامش رقم ١٧

٤٥. راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤.

٤٦. انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٩١

٤٧. راجع:

Mayer-Gross, W., Slater, E. & Roth, M. (1960) Clinical psychiatry. London: Cassell. (p.127).

٤٨. انظر هامش رقم ٣

٤٩. راجع: دافيد شيهان (١٩٨٨) مرض القلق. ترجمة: عزت شعلان، مراجعة: أحمد عبد العزيز سلامة. الكويت: عالم المعرفة (ص٣٠).

٥٠. انظر

Goldberg, R.J. (1982) Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicians and mental health clinicians. New York. Medical Examination Pub. Co. (p.2).

٥١ ـ راجع هذه الإحصاءات في:

Okasha, A., Kamel, M. , Sadek, A. Lotaif, F (1977) Psychiatric morbidity among university students in Egypt. British Journal of Psychiatry, 131, 149-154

٥٢ ـ انظر هامش رقم ٥٠، ص ص ٢ ـ ٣٠.

٥٣ ـ راجع:

Castell,R., Biener, A., Artner, K. & Dilling, H.(1981) Psychiatric disorders and behavior problems: Prevalence and treatment services. Zeitschrift für Kinder-und Jugend-psychiatrie, 9, 115-125

٥٤ ـ انظر:

Wekling, G. (1977) The prevalence of behavior problems in preschool children. Zeitschrift für Kinder-und Jugend-psychiatrie, 5, 299-316.

٥٥ ـ راجع:

Schuckit, M (1982) Prevalence of affective disorder in a sample of young men. American Journal of Psychiatry, 139, 1431-1436.

٥٦ ـ انظر:

Ax, A (1964) The physiological differentiation between fear and anger in humans. In M.T. Mednick & S.A.Mednick (Eds.) Research in personality. New York : HRW. (pp.273-285)

٥٧ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٧.

٥٨ ـ انظر هامش رقم ٣٣ ص ص ١٠ ـ ١١.

٥٩ ـ انظر هامش رقم ٢٩.

٦٠ ـ راجع :

Malmo, R.B. (1966) Studies of anxiety: Some clinical origins of the activation concept. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior, New York: Academic Press, pp.157-177

٦١ ـ Ibid.

٦٢ ـ انظر هامش رقم ١٧، ص ١٤٧.

٦٣ ـ راجع :

Lader, M.H. & Wing, L. (1966) Physiological measures, sedative drugs and morbid anxiety. London: Oxford Univ. Press (Maudsley Monograph No.14) (p.10).

٦٤ ـ انظر هامش رقم ١٠، ص ١٥١.

٦٥ ـ النيورستينيا Neurasthenia مصطلح قديم يشير الى مجموعة أعراض عصابية تضم الخور والتعب والارهاق ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز.

٦٦ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٩، ص ص ٦٤ ـ ٥٠.

٦٧ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ص ١٢٨ ـ ٩.

٦٨ ـ انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٦.

٦٩ ـ انظر هامش رقم ٩، ص ص ٦٦ ـ ٧.

٧٠ ـ أ "روبرت مالمو" وزملاؤه وضع هذا المصطلح عام ١٩٥٠، انظر:

Malmo, R.B. Shagass, C. & Davis, F.H. (1950) Symptom specificity and

bodily reactions during psychiatric interview. Psychosomatic Medicine, 12, 362-376

٧١ ـ انظر لتفصيل القول عن أسس اختبارات الشخصية من الناحيتين النظرية والعملية: أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٣) استخبارات الشخصية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

٧٢ ـ انظر المرجع نفسه، الفصل التاسع عشر.

٧٣ ـ راجع:

Eysenck, H.J. & Rachman, S. (1965) The causes and cures of neurosis. London: RKP (p 67).

٧٤ ـ انظر المرجع الأول في هامش رقم ٢، ص ١٩٧.

٧٥ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤٣، ص ٢٠٨.

٧٦ ـ Ibid.

٧٧ ـ انظر :

Cattell, R.B.(1971) The nature and measurement of anxiety. Contemporary psychology from Scientific America. San Francisco: Freeman.

٧٨ ـ Ibid

٧٩ ـ انظر هامش رقم ٦٣، ص ٢٦٠.

٨٠ ـ انظر هامش رقم ١٧، ص ١٢٦.

٨١ ـ انظر هامش رقم ٦٤، ص ص ٦ ـ ٧.

٨٢ ـ Ibid.

٨٣ ـ يعرض هذا الكتاب لأجزاء من رسالتي الدكتوراه في الطب النفسي لهذين المؤلفين.

٨٤ ـ Ibid, p.332.

٨٥ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٦٦.

٨٦ ـ انظر هامش رقم ٦٣، ص ٦.

٨٧ ـ انظر هامش رقم ٣٩، ص ٤١.

٨٨ ـ انظر هامش رقم ٦٤، ص ص ٥ ـ ٦.

٨٩ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٦٦.

٩٠ ـ عكرت هيئة الصحة العالمية WHO في العلاج الكيميائي Chemotherapy أن أية مادة تدخل الجسم وتؤدي إلى تعديل وظائفه، فإنها تسمى عقارا Drug انظر. كولز (١٩٩٢) المدخل إلى علم النفس المرضي الاكلينيكي. ترجمة: عبدالغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن علي حسن. مراجعة: أحمد محمد عبدالخالق، الاسكندرية ـ دار المعرفة الجامعية، ص ٤٨٣.

٩١ ـ الكبت Repression استبعاد عاقة ما مثيرة للقلق كالدوافع والانفعالات والأفكار الشعورية المؤلمة والمخيفة والمخزية، وطردها إلى حيز اللاشعور. انظر: أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٣) أصول الصحة النفسية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٦، ص ٤٢٧.

٩٢ ـ انظر: كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠، ص ٥٢٣.

٩٣ ـ انظر هامش رقم ٧٣، ص ٦٢.

٩٤ ـ انظر : كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠، ص ٥٥٤.

٩٥ ـ راجع المرجع في هامش رقم ٩٠، ص ص ٥٥٥ ـ ٦.

٩٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١، ص ٣٢.

٩٧ - هذه هي طريقة ابجدنا السماد Addetion Carbon Dioxide - Oxygen Therapy.

٩٨ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٦، ص ٧٦.

٩٩ - انظر. أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٧) كراسة تعليمات قائمة ويلوبي للميل العصابي. الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

١٠٠ - راجع: وولبي، لانج (١٩٨٤) كراسة تعليمات قائمة مسح المخاوف. إعداد وتعريب. أحمد محمد عبدالخالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٠١ - انظر المراجع الثلاثة الآتية:

- باترسون (١٩٨١) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: حامد عبدالعزيز الفقي. الكويت: دار القلم.
- سوين (١٩٧٩) علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية.
- كاشدان (١٩٨٤) علم نفس الشواذ، ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، مراجعة: محمد عثمان نجاتي، القاهرة: دار الشروق.

١٠٢ - راجع:

Kaluger, G. & Kaluger, M.(1979) Human development: The span of life. St. Louis: Mosby Comp., 2nd ed., p.5.

١٠٣ - انظر

- Goldenson, R. (Ed.) (1984) Longman dictionary of psychology and psychiatry. New York: Longman, p.261

- Hurlock, E. (1968) Developmental psychology. New York: McGraw-Hill, 3rd ed., p.5.

١٠٤ ـ راجع :

Chiriboga, D.A (1977) Personality in adults and aged. In B.B. Wolman (Ed.) International encyclopedia of psychiatry, psychoanalysis and neurology. New York, Vol.8, pp.291-295

١٠٥ ـ انظر :

فرج عبدالقادر طه (١٩٨٨) الجديد في علم النفس والشخصية والأمراض النفسية. القاهرة. الدار الفنية للنشر والتوزيع، ص ٩٨.

١٠٦ ـ Op. Cit., P. 292.

١٠٧ ـ نفضل في هذا السياق ترجمة مصطلح Development بالتطور وليس بالارتقاء، ذلك أن مصطلح ارتقاء يمكن أن يتضمن ـ أكثر من مصطلح التطور ـ معنى تقييما Evaluative موجبا ومفضلا، فيكون ارتقاء القلق أمرا مرغوبا، وكذلك الحال في ارتقاء العدوان فيكون مطلوبا ... وهكذا.

١٠٨ ـ راجع :

Saarni, C. & Azara, V. (1980) Anxiety (developmental) In R.H. Woody (Ed.) Encyclopedia of clinical assessment. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 575-587.

١٠٩ ـ Ibid.

١١٠ ـ Ibid.

١١١ ـ Ibid.

١١٢ ـ انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٣.

١١٣ ـ انظر هامش رقم ٣٩، ص ص ٤٣ ـ ٤.

١١٤ ـ انظر هامش رقم ٢ ص ٨٦٤.

١١٥ ـ انظر مثالا لهذه الدراسات العربية فيما يلي:

أ ـ السيد محمد عبدالغني (١٩٩١) الأبعاد الأساسية للشخصية : دراسة في السمو، رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف أحمد محمد عبدالخالق، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.

ب ـ نويرة عبد العزيز شاهين (١٩٩١) الأبعاد الأساسية لشخصية الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة (٩ ـ ١٢ سنة): دراسة ارتقائية رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف عبدالحليم محمود السيد، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١١٦ ـ انظر :

Cooper, B. & Shepherd, M. (1973) Epidemiology and abnormal psychology . In H.J. Eysenck (Ed.) Handbook of abnormal psychology. London: Pitman. 2nd ed., pp. 34-66.

١١٧ ـ انظر المراجع الآتية:

أ ـ عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٧) دراسة عاملية ومنهجية مقارنة للقلق لدى بعض الفئا ت الاكلينيكية. رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.

ب ـ كمال إبراهيم مرسي (١٩٧٨) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة : دراسة تجريبية. القاهرة : دار النهضة العربية، ص ٨١.

ج ـ المرجع الوارد في هامش رقم ١٠٤، ص ٢٩٣.

د ـ Johnson, C.W. (1975) Human growth and development. In C.W. Johnson, J.R. Snibbe, & L.A. Evans (Eds.) Basic psychopathology: A programed text. New York: Spectrum, pp 24-49.

١١٨ ـ انظر الفقرة ٩١ ـ ج) في الفصل الأول. وراجع أيضا:

- Ahlen, L.H. (1963) The relationship of classroom climate to teachers knowledge of pupils, sociometric status, manifest anxiety, ability, and socio-economic status. Dissertation Abstracts International, 25 (5), 2412 - 2414
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1975) The definition and measurement of anxiety as a trait in the 12-17 year range. British Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 115-131
- Sreenivasan, M.A. (1974) A view of anxiety of children of 11-15 years age. Psychological Abstracts, 15 (2), 1391.

١١٩ ـ توجد هذه الدراسة كاملة في: أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩٠) القلق لدى مجموعات مصرية مختلفة من الأطفال. بحث ألقي في المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام، قسم علم النفس، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، في المدة من ٩ ـ ١٢ أكتوبر ١٩٩٠.

١٢٠ ـ انظر: أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩١) بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدي الانبساط والعصابية. مجلة علم النفس، ١٨/١٩، ٢٨ ـ ٤٥.

١٢١ ـ راجع:

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montouri, J. & Platzek, D. (1973) Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. CA.Palo Alto: Consulting Psychologists.

١٢٢ ـ انظر: عبدالرقيب أحمد البحيري (١٩٨٦) اختبار القلق الحالة ـ السمة للأطفال. القاهرة: دار المعارف.

١٢٣ ـ هذه النقطة جديرة بالدراسة في بحث مستقل.

١٢٤ ـ راجع : أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩٦) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. المجلة المصرية للدراسات النفسية.

١٢٥ ـ انظر . بسرية صبري، سامية كامل، أحمد عبدالخالق، محمد تقي جعفر، سهام راشد (١٩٨٦) سن البلوغ لدى الفتيات وعلاقته بالشخصية . في: أحمد محمد عبدالخالق (محرر) بحوث في السلوك والشخصية، الاسكندرية: دار المعارف، ٦، ٤٧ ، ٦٥.

١٢٦ ـ راجع: أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩١) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. دراسات نفسية، ١ (٣)، ٤٣٩ ـ ٤٥٨.

١٢٧ ـ انظر :

أ ـ المرجع الوارد في هامش رقم ١٧.
ب ـ المرجع الأول في هامش رقم ٤١.
ج ـ المرجع الأول في هامش رقم ١٦٢.

١٢٨ ـ انظر : حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧) علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). القاهرة : عالم الكتب، ط ٤.

١٢٩ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٢٥.

١٣٠ ـ راجع : ريتشارد لزر (١٩٩٠) مقدمة لدراسة الشخصية . ترجمة. أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٣١ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٢٨ـ وكذلك:

ـ فؤاد البهي السيد (١٩٧٥) الأسس النفسية للنمو: من الطفولة إلى الشيخوخة. القاهرة : دار الفكر العربي، ط ٤.

١٣٢ - ارجع إلى هذه الدراسة كاملة في: أحمد محمد عبدالخالق، عبدالفتاح محمد دويدار، مايسة أحمد النيال، علاء شكري محمد كريم، السيد محمد عبدالغني (١٩٨٩) الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص ٩٨ - ١١٣.

١٣٣ - انظر المرجع الوارد في الهامش رقم ١٧.

١٣٤ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٧

١٣٥ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤٤.

١٣٦ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩.

١٣٧ - راجع:

Eisdorfer, C. Cohen, D.& Keckich, W. (1981) Depression and anxiety in the cognitively impaired aged. In D. F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.) Anxiety: New research and changing concepts. New York. Raven Press. pp 425-429.

١٣٨ - انظر المرجع الأول الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٣٩ - انظر المرجع الثالث الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٤٠ - انظر المرجع الثاني الوارد في هامش رقم ١١٨.

١٤١ - انظر: عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٤) مفهوم الذات لدى خريجي المدارس الثانوية الرسمية والأجنبية وعلاقته باتجاهاتهم نحو التخصص الدراسي والمهنة والزواج. رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ص ١٧٩.

١٤٢ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٧.

١٤٣ ـ راجع:

Shaffer, D R.(1989) Developmental psychology Childhood and adolescence. California: Brooks Cole. p 167

١٤٤ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٠، ص ٤٤.

١٤٥ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩.

١٤٦ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٣٠، ص ص ٤٤ ـ ٥.

١٤٧ ـ انظر للتفصيل المرجع الوارد في هامش ١٣٢.

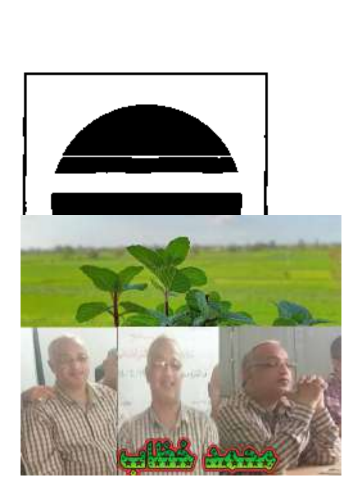
١٤٨ ـ انظر المرجع الوارد في هامش ١٣٠، ص ص ٣١ ـ ٤.

١٤٩ ـ انظر المرجع الوارد في هامش ١٣٠، ص ص ٤٢ ـ ٣.

١٥٠ ـ المرجع والموضع نفسه.

* * *

تم بحمده تعالى


محمد خطاب